



# 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° 732

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

EDICIÓN DE 40 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 29)

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

Medellín - Antioquia, lunes veintinueve (29)  
de abril del 2013

Siendo las dos y diez minutos de la tarde (02:10 p. m.), del día lunes veintinueve (29) de abril de dos mil trece (2013), en Medellín, actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, el honorable Senador Edinson Delgado Ruiz, en su calidad de Vicepresidente y, como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la Audiencia Pública programada para la fecha, llevada a cabo en el Auditorio "Aula Magna Monseñor Manuel José Sierra de la UPB, Campus Laureles Circular 1ª 70-01"- Universidad Pontificia Bolivariana, de la ciudad de Medellín, con el siguiente Orden del Día:

#### ORDEN DEL DÍA

Para la audiencia pública del día lunes 29 de abril de 2013

Comisión Séptima Constitucional Permanente  
Honorable Senado de la República  
Pontificia Universidad Bolivariana de Medellín  
Alcaldía de Medellín  
Gobernación de Antioquia

#### Proyectos de reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud

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

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

Número de artículos: Doce (12).

Fecha de radicación Senado: Agosto 1° de 2012.

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

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

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

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

Número de artículos: Sesenta y siete (67).

Radicado en Senado: 19-03-2013.

Radicado en Comisión: 21-03-2013.

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

**3. Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado,**  
*por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.*

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

Radicado en Senado: 10-04-2013.

Radicado en Comisión: 12-04-2013.

Número de artículos: Cincuenta y tres (53).

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

Participantes: Actores regionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento de Antioquia.

Hora: De 02:00 p. m. a 06:00 p. m.

Lugar: Auditorio “Aula Magna Monseñor Manuel José Sierra de la UPB, Campus Laureles Circular 1ª 70-01.” - Universidad Pontificia Bolivariana.

### ORDEN DEL DÍA

1. **Apertura de la audiencia** (señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado): Honorable Senador doctor Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

2. **De 02:00 p. m. a 02:10 p. m:** Inscripción de intervinientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, propuestas reformativas al Sistema de Seguridad Social en Salud. No se dará el uso de la palabra a quien no acredite tal requisito.

### 3. Invitados

3.1. Actores regionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento de Antioquia.

3.2. Señor Ministro de Salud (doctor Alejandro Gaviria).

3.3. Señor Superintendente Nacional de Salud (doctor Gustavo Morales).

3.4. Autoridades civiles y administrativas de Medellín y del departamento de Antioquia y autoridades académicas de la Pontificia Universidad Bolivariana de Medellín.

4. **Intervenciones de los inscritos:** Para sustentar las propuestas presentadas ante la Secretaría de la Comisión (el tiempo se determinará de acuerdo con el número de inscritos).

### 5. Cierre del evento.

A esta audiencia pública fueron invitados, además:

Nº	Nombres Y Apellidos	Entidad	Cargo
1	Abelardo Guzmán Hurtado	Clínica Universitaria Bolivariana	Director Asistencial y Científico
2	Alba Doris Castañeda Gallego	U. Cooperativa de Colombia	Coordinadora Prácticas
3	Alberto Aristizábal Ocampo	Subsecretario de Aseguramiento	Municipio de Medellín
4	Alejandro García Restrepo	Clínica las Vegas	Director Comercial
5	Ana Catalina Vélez Ortiz	CESDE	Coordinadora Práctica
6	Andrés Felipe Urrego Sánchez	UPB	Coordinador FC
7	Carlos Augusto Mejía Echeverri	Sena	Docente
8	Carlos Alberto Restrepo Molina	Clínica Universitaria Bolivariana	Director General
9	Carlos Andrés Londoño Marulanda	Independiente	Abogado
10	Carlos Augusto Mejía Echeverri	Sena	Docente
11	Carlos David Castaño Soto	Sena	Docente
12	Carlos Mario Tamayo Zuluaga	Comfenalco	Negociador Red
13	Carolina Valdés Puentes	H. Manuel Uribe Ángel	Médica

Nº	Nombres Y Apellidos	Entidad	Cargo
14	Clara Beatriz Correa Vélez	Multinacional BD	Educadora en Diabetes
15	Claudia Elena Villegas Stellyes	UPB	Coordinación Interna
16	Daniela Rodríguez Higuera	CENSA	
17	Darío Alberto Viana	Médico Especialista	Municipio de Medellín
18	David Mejía Zapata	CUB	Coordinador Emergencias
19	Diana María Morales Saldarriaga	HPTU	Secretaria
20	Diana Zuluaga Aveniada	H. Santo Domingo	Odontóloga
21	Duber Alexis Castrillón Quiroz	Politécnico Mayor	Director Académico
22	Eduardo Guerrero Espinel	Universidad de Antioquia	Docente
23	Eliana Martínez	Universidad de Antioquia	Docente
24	Elizabeth Correa González		
25	Elizabeth Iglesias Espinosa	H. Manuel Uribe Ángel	Médica
26	Estela María Vásquez Arango	Aba Científica	Enfermera
27	Fabián Ibarra Ruiz	Líder de Programa	Municipio de Medellín
28	Fabiola Durango		
29	Fernando Zuleta Montoya	Metrosalud	Coordinación Admón.
30	Francisco Londoño Posada	HPTU	Jefe de Planeación
31	Germán Jiménez Morales	Colombiano	Periodista
32	Giselly Matagira Rondón	Estudiante Ces	Estudiante
33	Gloria Inés Garro Cosío	Área Metropolitana	Asesora Red Metropolitana De Salud
34	Gonzalo Cuartas Cuartas	Incare - Clínica Las Vegas	Director Médico
35	Gustavo Alexander González Muñoz	Corporación Cordial	Director IPS
36	Horacio Villa Aguilar	Independiente	
37	Hugo Cardona Agudelo	Clínica Universitaria Bolivariana	Director Administrativo y Financiero
38	Inés Del Carmen Coidin Restrepo	UPB	Enfermera
39	Inés Milena David Díaz	UPB	Coordinador Convenios
40	Irina Idalis Tirado Román	Independiente	Independiente
41	Jaime Agudelo Montoya	Cesm	Médico
42	Jaime León Londoño Pimiento	Cima	Director Ejecutivo
43	Jairo Adolfo Patiño Patiño		
44	Jairo Herrán Vargas	Particular	Independiente
45	Jamel Alberto Henao Cardona	Cooperativa de Hospital Antioquia	Gerente
46	Jéssica María Ramírez Santa		
48	Jesús Hernando Palacio Sierra	HSVP	Jefe Pensionados y Oncología
49	Jorge Alejandro Valencia	Incare - Clínica Las Vegas	Director Administrativo
50	Jorge Hernando Donado Gómez	HPTU	Jefe de Investigación

N°	Nombres Y Apellidos	Entidad	Cargo
51	Jorge Mario Acevedo Acevedo	Independiente	Litigante
52	Joselyn González Novoa	UDEA	Admón. En Salud
53	Juan Camilo Toro Duque	Metrosalud	Aux. Enfermería
54	Juan Carlos Aguirre Martínez	Soma	Director Médico
55	Juan Carlos Correa	Aba Científica	Administrador
56	Juan Fernando Castriellón Arbeláez	Sena	Manejo Ambiental
57	Juan Gonzalo Alzate	Clínica El Rosario	Director de Mercadeo
58	Juan Guillermo Barrientos Gómez	UPB	Docente
59	Juan Guillermo Cardona Silva	CUB	Ejecutivo de Cuenta
60	Juan Guillermo Jiménez Jiménez	UPB	Coordinador Posgrados En Salud
61	Leandro Acosta Puerta	Suramericana	Médico
62	Liliana María Villegas Ocampo	Incare - Clínica Las Vegas	Gerente
63	Lina Marcela Orozco Álvarez	Salud Medical	Representante de Ventas
64	Lina María Bustamante Sánchez	Comfenalco	Jefe Aseguramiento
65	Lina María Ochoa Mejía	Profesional Universitario	Municipio de Medellín
67	Luciano Alejandro Vélez Arroyabe	Universidad Cooperativa De Colombia	Decano Facultad de Medicina
68	Luis Alberto Martínez Saldarriaga	Asociación Hospitales Públicos de Antioquia	Director Ejecutivo
69	Luis Ernesto Espíndola Chaparro	Médico Especialista	Municipio de Medellín
70	Luis Fernando Ramírez Hoyos	UPB	Coordinador Unidad
71	Luis Miguel Correa González	Independiente	
72	Luz Cristina Taborda Rendón		
73	Luz Maribel Patiño Rodríguez	Comeva y Nueva Eps	Asesora Seguridad Social
74	Luz Ofelia Duarte Botero	UDEA	Coord. Prácticas Académicas
75	Luz Ofelia Duarte Botero	UDEA	Coord. Prácticas Académicas
76	María Fernanda Salazar Tejada	Saludcoop	Médica
77	Marcela Palacio García	Particular	Independiente
78	María Ángela Restrepo Vellojín	Clínica Universitaria Bolivariana	Directora Comercial
79	María Aracely Moncada Gil	H. Manuel Uribe Ángel	Jefe de Servicio Farmacéutico
80	María Cecilia Parra Ramírez	Pensionada	Pensionada
81	María Del Pilar Castaño López	Cesde	Directora Escuela de Salud
82	María Elena Pérez Gutiérrez	Independiente	Litigante
83	María Elvia Aristizábal Castaño		
84	María Nely Vargas Aristizábal	Cima	Directora Administrativa
85	Marta Cecilia Bernal Pérez	Particular	Independiente
86	Martha Cecilia Osorio Díaz	Metrosalud	Subgerente Red de Servicios

N°	Nombres Y Apellidos	Entidad	Cargo
87	Martha Isabel Pérez Córdoba		
88	Martha Isabel Rivera Alvarado	Clínica Universitaria Bolivariana	Coordinadora Jurídica
89	Martha Nelly Rodas García	Comfama	Auditora
90	Mateo Gómez López	Corporación Universitaria María Cano	Independiente
91	Matilde Carrasquilla Carbonó	Médico Especialista	Municipio de Medellín
92	Miguel Romero Ballesteros	Sena	Docente
93	Nadir Seleni Cano Meneses	UPB	Secretaria
94	Nelly Andrea Naranjo Álvarez	Particular	Independiente
95	Nemesio Cataño Córdoba	Independiente	Asesorías
96	Nubia Sofía Tejada Viana	Independiente	Consultora
97	Olga Lucía Aguirre Ramírez	CUB	TS
98	Óscar Darío Ramírez Gómez	Comfenalco	Profesional Negociador Red
99	Pablo Ernesto Piedrahíta Cuartas	Movimiento Mira	Delegado Comité de Salud De Antioquia
100	Paula Andrea Arango Castro	Sena	Docente
102	Paula Andrea Calle Ruiz	Politécnico Mayor	Coordinador Práctica
103	Rafael Moreno Salazar	Inst. Neurológico de Colombia	Médica
104	Rodrigo De Jesús Rodríguez Higueta	Independiente	Albañil
106	Sandra Patricia Velásquez García		Copaco Comuna 6
107	Sara Peralta Acosta	UPB	Docente
108	Silvana Thomás Espinal	Suprotec Ltda.	Fonoaudióloga
109	Sol Leonor Mejía Pulgarín	UPB	Docente
110	Solanye Marín Torres	Oportunidad Jurídica	Aux. Contable
111	Valentina Patricia García Álvarez	Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez	Médico
112	Víctor Hugo Ardila Cárdenas	Clínica Oftalmológica De Antioquia	Gerente
113	Víctor Javier Correa Vélez	Udea	
114	Vilma María Castrillón Cadavid	Independiente	Trabajadora Social
115	Walter Figueroa Martínez	Saludcoop	Médica
116	Wilmar Alonso Alcaraz Otálvaro	Clínica Universitaria Bolivariana	Jefe de Planeación y Calidad
117	Yensi Aristizábal González	Upb	Secretaria
118	Rubén Darío Hernández Puerta		Independiente
119	Liliana Mena		
120	Sandra Milena Bermúdez Giraldo		Independiente

Entidades o personas que presentaron ponencia o conclusiones, entre otros:

N°	Nombres Y Apellidos	Cargo/Entidad	Ponencia
1	Doctora Mónica Uribe Ríos Doctor Carlos Alberto Restrepo Molina	Decana Facultad Medicina UPB Director CUB	Análisis Proyecto de Ley 210 y Talento Humano - UPB 2013

N°	Nombres Y Apellidos	Cargo/Entidad	Ponencia
2	Jorge Julián Osorio Gómez	Decano CES	Punto de Vista de Ascofame
3	Doctor Alberto Aristizábal Ocampo	Secretaría de Salud de Medellín	Ponencia
4	Luis Alberto Martínez Saldarriaga	AESA Asociación Empresas Sociales del Estado	Ponencia
5	Marcela Vélez	Facultad Medicina U. de A.	Opinión
6	Eduardo Guerrero Espinel	Profesor Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.	Temas estratégicos para el Consenso Social en la reforma en salud. Una visión alternativa
7	Marco Aurelio Sossa Giraldo	Jefe Depto. Salud Pública Universidad San Martín	Opinión Sobre Articulado
8	Germán Enrique Reyes Forero Esteban Zárate Durier	Presidente Asmedas Asmedas	La Salud es un derecho fundamental. Proyecto Alternativo de Salud de la Ansa. (Alianza Nacional de Salud)
9	Víctor Eliécer Bula Gutiérrez	Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia-Caldas	Participación Ciudadana Vinculantes
10	Paola Pérez	Gestar Salud	Ponencia
11	Jorge Eduardo Arbeláez Hoyos Jorge Iván Gómez Sánchez	Sociedad Civil Caldas	Opinión
12	Jairo Humberto Restrepo Zea	Facultad Ciencias Económicas U. de A.	Conclusiones: Aspectos económicos de la Reforma a la Salud
13	Juan Carlos Giraldo	Clínicas y Hospitales	
14	Carlos Mario Ramírez	Secretaría de Salud de Medellín	
15	Esteban Zárate D.	Comité Paritario Comunitario	
16	Germán Reyes Forero	Comité Paritario Comunitario	
17	Marcela Vélez	FAC. Medicina-Universidad de Antioquia	

Esta audiencia pública contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.*

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

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Antes de iniciar esta audiencia pública vamos a darle un espacio de quince segundos a un delegado de la Alianza Nacional por la Salud.

**Señor Carlos Montoya, Representante de la Alianza Nacional por la Salud:**

Buenas tardes, mi nombre es Carlos Montoya, hacemos parte de la ANSA, la Alianza Nacional por un nuevo modelo de Salud y somos los responsables de los pendones rojos que dice: No más EPS,

si está de acuerdo pite. Con el objetivo de invitar a reflexionar también sobre el tema, algunos tienden a estar acostumbrados a tener corbata y a estar siempre en reuniones muy ejecutivas. También queremos invitar a que la gente se entere que hay otro modelo distinto y nosotros lo vamos presentar ahorita con un compañero, que es la Propuesta 233, pero también queremos enseñarla desde la lúdica, riéndonos, con un pito que alguna vez dimos. Entonces si alguno tiene un pito de alguno ahorita que nos entregamos, los invitamos a que nos regalen diez segunditos aquí pitemos y expresemos el malestar que tenemos frente al tema de las EPS, algunos congresistas tienen acá el pito, Gabriel y otros compañeros, entonces pitemos un ratico, hágale.

Muchas gracias a ustedes, nos reímos un poco, pero también es como estimularlos para que los que no conozcan la Propuesta 233, ahorita la va a presentar el compañero y gracias por el ratito a usted.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Bueno, muchos gracias. Un saludo a todos los asistentes a esta audiencia regional programada en esta ciudad de Medellín, al señor Superintendente Nacional de Salud, doctor Morales, al señor Ministro, quien está haciendo también su ingreso acá, a este auditorio. Le rogaríamos nos acompañaran en la mesa principal.

Le agradecemos también a los directivos de la Universidad Pontificia Bolivariana, por habernos permitido realizar esta audiencia, que ha querido programar la Comisión Séptima del Senado de la República, dentro de su competencia y del papel que quiere tener para socializar los proyectos de ley ordinaria que están radicados en la Comisión Séptima. Realmente desde la Comisión, nosotros pensamos y pretendemos que esta iniciativa de ley ordinaria, debe ser suficientemente debatida, discutida, ampliamente, reposadamente, en todos los escenarios del país. Por ello hemos elaborado un ciclo de audiencias públicas, esta es la séptima audiencia que realizamos, la octava perdón, la octava audiencia; se han hecho otras siete audiencias previas en Bogotá y hoy aquí en Medellín, iniciamos con las audiencias regionales que se van a realizar por fuera de Bogotá; vamos a estar en Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Ibagué.

Queremos comentarle adicionalmente a todos ustedes, para conocimiento de los que de pronto no estén suficientemente informados, que en el Congreso de la República están radicadas dos iniciativas de ley, que tienen que ver con reforma a la salud. Unas iniciativas en la Comisión Séptima del Senado, de nuestra competencia; hay cuatro iniciativas radicadas que están acumuladas: el proyecto del Gobierno, el 210, el proyecto de la Alianza Nacional por la Salud, el 233, y otros dos proyectos de origen parlamentario. De igual manera, en la Comisión Primera del Senado están radicadas tres iniciativas de ley estatutaria. Esta iniciativa de ley estatutaria tiene un trámite especial, en la medida en que se trata de reglamentar un derecho fundamental, como es el derecho a la salud. Esta iniciativa de ley estatutaria tiene mensaje de urgencia por parte del Gobierno.

Nosotros desde la Comisión Séptima pensamos y así estamos convencidos de que estas dos iniciativas, tanto la estatutaria como la ordinaria, deben tramitarse de manera armónica, partiendo del hecho de que la ley estatutaria es el marco normativo de cualquier reforma estructural del sector de la salud que se quiera realizar. Por ello, el mensaje de urgencia para la ley estatutaria.

De otra parte, en las distintas audiencias que hemos realizado en Bogotá, con participación de distintos actores del sector de la salud, se han venido recogiendo aportes, insumos, inquietudes, sobre, en este caso, la iniciativa de ley ordinaria. Esto nos va a permitir, cuando se dé la oportunidad de discutir la ponencia, a que estos insumos y estos aportes puedan servir para que la ponencia finalmente sea el resultado, como lo ha venido señalando el señor Ministro de la Salud, de una construcción colectiva, de un gran impacto social por la salud.

Hemos, digámoslo así, identificado en las audiencias que el proyecto de ley del Gobierno y en algunos otros proyectos también de ley ordinaria, hay puntos coincidentes sobre los cuales ya se ha discutido, con los que seguramente vamos a seguir discutiendo. Es el tema por ejemplo del Fondo Único, que pareciera ser una muy buena alternativa para el recaudo y el manejo de los recursos del sector. De igual manera es coincidente el hecho de que hay la necesidad de fortalecer a la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo regulador del sector, sobre todo por los antecedentes de debilidad que ha tenido la Superintendencia y que ha generado pues la crisis en que estamos abocados en el sector de la salud.

Ha habido preocupaciones sobre el tema de la inembargabilidad de los recursos; el señor Ministro ha hecho bastante claridad y hay toda la disposición del Gobierno de eliminar ese artículo. De igual manera ha habido una manifiesta disposición del Gobierno, de eliminar la integración vertical de una manera total, hemos discutido el tema de la descentralización, la necesidad por ejemplo y en este caso, de que los funcionarios, los gerentes de las ESE, tanto de primero como de segundo nivel y de tercer nivel, puedan ser escogidos o seleccionados por las entidades territoriales; es un punto sobre el cual se ha avanzado, pero igualmente hay otros puntos que están por discutir y seguramente aquí se va a alimentar la discusión. Especialmente en lo que tiene que ver con el papel de los Gestores, la naturaleza jurídica de los Gestores, el periodo de transición que seguramente referirá la implementación de esta reforma estructural. Preocupaciones sobre la política del talento humano, sobre el régimen laboral de los trabajadores de la salud, preocupaciones sobre una política de medicamentos, manual de tarifas y el tema de los incentivos.

Este sería pues un resumen de algunos de los temas que se han tocado en las audiencias y nosotros pretendemos que en esta audiencia del día de hoy, nuevamente se reciban las inquietudes y tengamos nuevos aportes para la ponencia definitiva del proyecto.

Dicho esto, entonces vamos a darle inicio a la audiencia. Hay un número importante de inscritos para intervenir. Entiendo que doce participantes,

Secretario. Catorce participantes, personas que van a intervenir, les vamos a dar un tiempo de diez a quince minutos, ojalá con propuestas concretas, porque de lo que se trata es de eso, de que hayan aportes y de que en lo posible, repito, tengamos al final de este camino tan difícil y tan complejo, una verdadera reforma estructural del sector de la salud.

Entonces vamos a iniciar con, está con nosotros el Senador Delgado, Vicepresidente de la Comisión, la Senadora Liliana Rendón, Gabriel Zapata Senador también de la Comisión, está por llegar la Senadora Claudia Wilches. Comenzamos entonces con el primer interviniente, Secretario.

El Ministro intervendrá por supuesto, y el Superintendente seguramente también al final de las distintas intervenciones, para aclarar algunas de las inquietudes que se planteen acá y avanzar en este proceso de discusión de la reforma a la salud. Entonces comenzamos, de diez a quince minutos.

#### **Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Primera intervención a cargo de la doctora Mónica Uribe Ríos, quien compartirá el tiempo que se le ha fijado con el doctor Carlos Humberto Restrepo Molina, representan a la Decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana y el doctor Carlos Alberto Restrepo, Director del CUB. Se prepara el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Decano de la CES. Ponencia punto de vista de Ascofame, participan a nombre de Ascofame.

Entonces tiene la palabra la doctora Mónica Uribe Ríos, Decana de la Facultad de Medicina de la UPB.

#### **Doctora Mónica Uribe Ríos, Decana de la Facultad de Medicina de la UPB:**

Bueno, nosotros no vamos a hacer presentación en Power Point, vamos a hacer una presentación oral. En nombre de la Universidad Pontificia Bolivariana, mi nombre es Mónica Uribe Ríos, soy la Decana de la Escuela de Ciencias de la Salud y Directora de la Facultad de Medicina.

Mi tema está relacionado con la norma en el tema de talento humano en salud, ha sido un tema que el Ministro ha tratado en otras reuniones. Se refieren, tanto el Ministro como el Viceministro, a la capacidad resolutoria del médico general y cómo nosotros como universidades vamos a hacer un cambio en nuestra formación de los médicos generales que necesita el país y nosotros queremos hacer una pequeña reflexión alrededor de eso. El doctor Julián va a complementar algo también con posición ya de Ascofame, como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Nosotros hicimos una reflexión, digamos, como Ascofame, alrededor de la necesidad del médico que necesita el país, la reflexión se hizo alrededor de la Asamblea de Ascofame del 2012 y un Congreso Internacional de Educación Médica que se hizo también el año pasado. Yo simplemente quiero leer una conclusión que se tomó en esta Asamblea y que complementa como la discusión alrededor del tema de talento humano en salud.

Es claro que en Colombia se debe realizar un trabajo de revisión y transformación curricular en los programas de medicina, con el fin de lograr planes

de estudio con unas competencias mínimas comunes y necesarias, para lograr formar el profesional que realice una atención en salud coherente con las necesidades del país, la región y el mundo, con alta calidad, responsabilidad, ética y compromiso social.

Los planes de estudio deben estar contextualizados con el medio nacional e internacional, enfocados a la interdisciplinariedad y a la integración de los saberes, a desarrollar metodologías de enseñanza que logren un aprendizaje significativo, a brindar herramientas de análisis, empoderamiento del estudiante como actor principal de su formación. Planes de estudio que busquen la capacidad resolutoria del médico general, a través de cursos que equilibren la teoría con la práctica, que les brinden herramientas de análisis y disertación, que los capacite para el trabajo comunitario, con capacidad de intervenir no solo en el campo asistencial sino también en la atención primaria en salud; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de las personas en cada uno de los niveles de atención, teniendo siempre presente el rol que debe desempeñar como educador en salud y la importancia de la enseñanza al autocuidado, como una herramienta para empoderar a las personas de su salud.

Consideramos también que de la misma manera que es necesario que se cambie el perfil de formación o que se haga una revisión de algunos perfiles de formación, es necesario que se garanticen condiciones óptimas y dignas para el ejercicio profesional de los médicos egresados. Óptimas respecto a que se encuentren con entidades y posibilidades administrativas, que valoren su formación y permitan la aplicación de su perfil profesional, en las cuales se pueda realizar un enfoque integral del paciente y de su familia, y que puedan realizar actividades educativas, preventivas, de atención y rehabilitación de manera coordinada, consistente y oportuna.

La dignidad reflejada es que se tengan espacios. La dignidad se ve reflejada en que se tengan espacios adecuados para el trabajo, insumos y equipos que les permitan prestar una atención idónea a la población; en permitir que el médico tenga la posibilidad de mejorar su capacidad resolutoria, con un uso responsable, idóneo y oportuno, de apoyos diagnósticos y terapéuticos, donde reciba una remuneración adecuada y oportuna, que le permita su desarrollo personal y profesional. Debe haber una coherencia entre la formación y las garantías para el ejercicio profesional, con el fin de lograr una mejor atención a la población colombiana. Muchas gracias.

**Doctor Carlos Humberto Restrepo Molina, Representa a la Decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana:**

Buenas tardes para todos, mi nombre es Carlos Alberto Restrepo Molina, soy el Director General de la Clínica Universitaria Bolivariana y en nombre de todas las Directivas de la Universidad Pontificia, reitero la bienvenida a su casa.

Nosotros, desde el enfoque de clínica universitaria, nos dedicamos a hacer un análisis puntual, de algunos de los artículos relacionados específicamente con el prestador y algunas características muy puntuales, con respecto al rol del Gestor y cómo se van a movilizar los recursos.

Indiscutiblemente dentro de la justificación y el contexto, está claramente planteado y es cierto que estamos en una situación de crisis y en esa situación de crisis a través del planteamiento de algunas ayudas, vamos en la transformación.

Entonces con respecto al articulado puntual, de la propuesta de ley, específicamente en lo que tiene que ver con prestación de servicios, artículo 19, creemos que se está esbozando claramente lo relacionado con las acciones de salud pública y con todo lo que tiene que ver con la prestación de salud, específicamente con los servicios individuales. Pero nuestra recomendación y planteamiento es que lo crucemos y lo analicemos muy bien, porque en respuesta a la Ley 1122 del 2007, ya tenemos una política nacional de prestación de servicios que nos puede dar unos elementos muy importantes para tener en cuenta y articular específicamente.

Artículo 20. Específicamente los responsables de prestación de servicios de salud, se enlistan entonces en este artículo cuatro responsables: las entidades territoriales, con unas funciones muy claras de garantizar las acciones de salud pública; los Gestores de Servicios, que entre esos tendrán unas funciones de responsables de prestación de servicios a través de la administración o a través de la gestión del aseguramiento, o específicamente como lo plantea la propuesta o el proyecto, podrán hacer parte de prestación de servicios hasta ciertos niveles; un tercer actor planteado están los prestadores de servicios de salud y en último lugar están las entidades que ofrecen servicios complementarios. Entonces tenemos cuatro posibles prestadores, donde algunos de ellos entonces tendrán responsabilidades de atención de salud pública, otros tendrán responsabilidades de prestaciones individuales, probablemente tres de los cuatro tienen claramente ese doble componente. Pero con respecto al ente territorial, queremos hacer un énfasis porque entonces adicional a esto tiene funciones de financiamiento, tiene funciones de gestión, perdón de gestión, tiene funciones de prestación, tiene funciones de contratación. Entonces probablemente desde el articulado que nos aclare esto, se deben tener unos elementos muy claros, que no se presten posteriormente a malas interpretaciones.

Artículo 21, con respecto a las áreas de gestión sanitarias, es claro y vemos con muy buen propósito y con muy buenos ojos, como se propone esta definición de las áreas de gestión, pero creemos que se debe hacer un análisis juicioso, porque en algún momento esto nos podría desarticular las acciones desde el punto de vista colectivo. Podríamos encontrar unas áreas de gestión que no estén en capacidad de garantizar la atención primaria en salud, o que desde su enfoque de complementariedad, cuando pasamos al artículo siguiente de áreas de gestión sanitarias especiales, podríamos encontrarnos que en el momento de tener que garantizar en esas áreas de gestión especiales un gestor, podríamos ser inequitativos en la forma como este entraría a operar, o en la forma como se haría la selección por parte de los usuarios de ese Gestor o de ese Prestador, porque esto iría en contra de los artículos tres y cuatro, donde se plantea que habría libre escogencia. Entonces

ahí es la invitación a mirar esas características muy puntuales.

Con respecto al artículo 23, prestación de servicios de salud. Creemos que la edición presentada requiere de algún análisis y observaciones. ¿Cuáles son las especialidades básicas que se plantean en el artículo 23, con respecto a la prestación de servicios primarios?, ¿Dónde están definidas o cual va a ser la forma de definir estas especialidades básicas? Esta definición de prestadores de salud primarios, aumenta más la situación de complejidad, porque hoy en día, como se planteaba y se ha planteado en varios escenarios, tenemos unos médicos generales sin capacidad de resolución y creemos nosotros que se debe trasladar y trabajar arduamente desde la Universidad, pero también desde las responsabilidades como prestadores y las que tengan los Gestores, de articular y garantizar que estos médicos puedan ser la puerta de entrada al servicio y se puedan complementar claramente con los modelos de atención primaria en salud, volviendo a las necesidades y al planteamiento lógico del sistema, y no favoreciendo, probablemente, la entrada al sistema nuevamente a través de las especialidades básicas y generando el embudo que hoy en día estamos teniendo.

Con esta nueva forma de ver los prestadores, entonces desaparecen los niveles de atención de complejidad. En dónde quedan entonces los prestadores tipo centros de salud, instituciones privadas de salud, consultorios de profesionales independientes, clínicas privadas especializadas. Hoy en día estas instituciones hacen parte de la red de prestadores de muchas de las aseguradoras y cómo será entonces la articulación que van a tener ellas con este modelo.

Con respecto a la red de prestadores, creemos que hay que hacerle mucho énfasis, señor Ministro, al sistema de referencia y contrarreferencia. Sigue siendo una debilidad, hace rato lo que se tiene reglamentado no está claramente actualizado y hoy en día tenemos muchas dificultades con respecto a este tema y los sistemas de información tendrían que tener una capacidad instalada, que nos permitieran garantizar la trazabilidad de los usuarios, a través de todo su proceso de atención.

En el artículo 25, donde se plantea la habilitación de redes y prestadores de servicio, no nos queda ninguna duda con respecto a los roles que están planteados de quién es el que debe generar la habilitación de quién. Hoy en día el llamado y la preocupación que tenemos los prestadores con respecto a este tema son las simetrías con las que nos están midiendo en los diferentes entes territoriales, donde como plantea el proyecto, se definirán nuevas condiciones de habilitación o se actualizarán las que tenemos actualmente. Sería muy importante que al momento de definir cómo se verificarán estas condiciones de habilitación, quede claramente plasmado en los articulados y no se preste a la interpretación en el momento de hacer la verificación a las instituciones prestadoras de servicios.

El artículo 32, saliéndome ya de la prestación y llegando a la integración vertical, habla que será permitida entonces la integración vertical en los servicios primarios. Ahí entonces nuevamente el planteamiento: ¿Cuál será el límite de esa integración? Cuando tratamos de articular esto o de correlacio-

nar el artículo 32 con el artículo 23, nuevamente aparece la pregunta: ¿Cuáles son las especialidades básicas?, y los prestadores complementarios cómo se irán a articular, ya que vemos que más adelante podría existir la posibilidad de que estos prestadores complementarios sean los responsables de administrar Mi Plan, en el momento de que los usuarios tengan la acción de tomar. Entonces serán los prestadores complementarios los responsables de garantizar Mi Plan y por puerta de entrada privilegiada, también las acciones de salud pública. Es un interrogante que planteamos.

Con respecto a los reconocimientos económicos, probablemente debemos hacer esfuerzos entre todos, de forma que podamos seguir trabajando por estímulos por resultado. Pero que estos estímulos por resultado, indiscutiblemente sean para todos los actores. Vemos en el artículo siguiente, cómo en el momento de hacer el reconocimiento a los prestadores y como está esbozado que va a haber un pago anticipado, que se programará con el Gestor y que posteriormente un pago por reconocimiento, probablemente en ningún momento está planteado que el producto final de la gestión, de la administración del riesgo y de los posibles excedentes que tendríamos que definir cómo van a quedar distribuidos, los prestadores también podríamos tener un porcentaje de esa distribución de excedentes por gestión. Hoy en día tenemos algunos aseguradores que hacen un ranking de sus prestadores y tienen un reconocimiento adicional por su gestión. Eso es algo que se puede mirar, de forma que los incentivos no nos vayan a generar un camino contrario y se presten simplemente, en el ejercicio de pensar que el incentivo nos pueda dar, simplemente, como resultado una barrera de acceso.

Es muy importante también plantear, desde la forma como se va a articular y como se va a construir la red de prestadores, que en el momento en que se definan, se tengan claramente definidas unas condiciones de calidad, la gestión del riesgo y podamos romper el esquema que estamos viviendo hoy en día con respecto a la definición de una red de prestadores para un administrador, que está amarrada es simplemente a garantizar que todas las actividades, intervenciones, procedimientos que se tienen en el plan, están constituidos en mi red y se van soportando en un ejercicio validado por tarifas. Esto nos está generando hoy, en el momento de garantizar nuestros modelos de atención, una desarticulación que está generando que los usuarios tengan una movilidad indebida, que está generando inseguridad adicional al proceso de atención y que a la hora de mirar, probablemente está generando unos sobrecostos en el sistema, que son innecesarios. Si el prestador, de forma voluntaria, con el Gestor, logra hacer parte de esa red y se tiene claramente definido un portafolio de servicios, que se está ofertando de acuerdo a la capacidad instalada del prestador, que esos servicios ya están habilitados por el ente que compete, no vemos nosotros explicación o razón alguna para que siga siendo la tarifa la que genere o no el direccionamiento, o el redireccionamiento de los usuarios, cuando ya están en un proceso de atención.

Esos son los planteamientos que queremos nosotros desde el prestador, que se tengan muy claros como parte de la reflexión, sin detenernos en el resto del articulado. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias.

**Doctora Mónica Uribe Ríos, Decana de la Facultad de Medicina de la UPB:**

Yo quiero hacer una observación final y es sobre el tema del Hospital Universitario, al ser pues nosotros universidad con una clínica, y es que nosotros consideramos que se deben incluir en la política nacional de ciencia, tecnología e innovación, la financiación y sostenibilidad de la investigación y la innovación, en los hospitales universitarios. Sabemos que incluyen grupos de investigación, pero creo que los hospitales van a hacer un trabajo muy interesante en la innovación de la prestación de servicios de salud, no solamente en la investigación. Entonces consideramos que también puede ser una forma de estimular mejor calidad en la prestación de los servicios, porque los hospitales universitarios podrían garantizar innovación en esa prestación. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias a los intervinientes. Les agradeceríamos que si fuera posible nos dejaran las observaciones en Secretaría de la Comisión Séptima. Secretario, continuamos con el orden.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Interviene el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Decano de la Universidad CES, e interviene con una ponencia titulada: Puntos de vista de Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Se prepara el doctor Carlos Mario Ramírez, en representación de la Secretaría de Salud de Medellín.

**Doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Decano de la Universidad CES:**

Bueno, muy buenas tardes. Lo primero es agradecer la invitación que nos hicieron a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Ya hemos estado previamente en la Comisión Séptima, ya nos han escuchado en la Universidad de algunos puntos de vista.

Yo creo que hay un punto importante y es el gran olvidado de la reforma, es la formación del talento humano. Uno de los grandes protagonistas de esta problemática es el médico y otro son los componentes del sector salud. Creemos que ha habido modas en la formación del talento humano, el médico que necesita Colombia, es un médico que se pueda desempeñar localmente y que pueda estar globalmente, que esté en una globalización en el mundo y eso yo creo que es importante.

Problemáticas actuales que tenemos: uno, la formación del talento humano. Las EPS no quieren ver estudiantes en formación a diez kilómetros a la redonda. Punto número uno, tenemos que formar un recurso en sitios de bajo nivel de complejidad y a veces la habilitación de los convenios docencia ser-

vicio, no lo permiten para la formación en la parte del talento humano.

Y tercero, la formación de especialistas. En este momento los trámites excesivos que hay con formación de especialistas, no nos está permitiendo el desarrollo de formación de especialistas. Un ejemplo puntual, en Medellín las tres universidades, hay tres universidades que formamos especialistas, tenemos problemas en la formación del talento humano. Conclusión: habrán menos especialistas, si hay menos especialistas posiblemente habrá un problema de mercado.

Entonces empiezo, espero ser corto, la exposición que hemos planteado. Primero, creemos que hay un problema, el gran problema de esta propuesta, de las propuestas que hay, es la confiabilidad entre nosotros. Lo que tenemos es actores buenos, actores malos y la pregunta es: ¿Dónde se ubica usted?, y cada uno estamos tirando por nuestro lado.

Lo segundo, quiero poner varios aspectos filosóficos importantes, primero: lo público no es lo estatal. Nosotros creemos que lo público es la construcción social de ese valor que se puede hacer. Lo segundo, la salud no es ver enfermos, porque es que muchas veces el planteamiento puede ser: hagamos una reforma para que haya más recursos, para ver más enfermos y aquí hay un planteamiento profundo.

Tercero, la salud pública no es prevención y promoción. Yo creo que a veces cuando estamos enfocando la reforma, creemos que la salud pública es prevenir y promover, y la salud pública es algo más que promoción y prevención, es esa articulación que podemos lograr. Cuarto, estamos convencidos, la estrategia es APS renovada, pero tiene que haber una modificación en las formas de pago, para poder desarrollar la atención primaria en salud renovada.

Y por último, la equidad no es igualdad, es absolutamente imposible, los recursos son finitos, las necesidades son infinitas. Es absolutamente imposible darle lo mismo a todo el mundo. Y de esos cinco puntos, somos conscientes de que hay gran discusión.

Lo otro, la norma por sí sola no es la solución a un problema. Creemos que la propuesta es la solución, nosotros creemos que va a haber mucha discusión en la ley estatutaria versus ordinaria. Si uno ve la ley estatutaria, primero, no participamos como Ascofame por pensamiento, posiblemente divergente, ni en la Alianza por la Salud, que no es incluyente porque no hubo participación de todos y segundo no participamos en la gran Junta Médica. La propuesta que se hizo fue desde la academia de medicina, desde las asociaciones científicas, y hubiéramos querido participar, pero bueno, posiblemente tenemos pensamientos divergentes.

La otra pregunta es si el problema es salud o es enfermedad. Yo creo que desde el sistema debería haber Gestores pero de salud, más que gestores de enfermedad. Porque el esquema lo estamos invirtiendo y yo creo que la medición de los indicadores tiene que apuntar, y los incentivos, tienen que apuntar como otros lugares del mundo, que pagan es por sostenimiento de la salud más que por enfermos que se puedan ver.

Entonces nos queda la gran discusión, si la discusión es sobre el modelo de prestación o si la discusión es sobre protección de la sociedad por el Estado, o si el modelo es de las formas de pago. Porque pareciese que, bueno, el proyecto presentado por la ANSA apunta más hacia un concepto Estado, más hacia un... pero el proyecto de ley apunta más hacia unas formas de prestación. Entonces la pregunta es sobre la parte de discusión.

Lo otro es si la reforma es para el funcionamiento del sistema o para la construcción de salud como esquema de bienestar físico, mental y social, y creemos que hay que abordar, a veces se confunden términos: llaman niveles de atención primaria, confundiendo con estrategia de atención primaria y yo creo que es importante el análisis de esos términos.

Lo otro, si la salud es un bien público o privado, sé lo que estoy diciendo, sé la discusión que se ha presentado, creemos que puede haber un enfoque de la salud como un bien público, cuando hay alta externalidad, y un bien privado. Creemos que la discusión de quiénes son los recursos de la UPC es un aspecto importante: los recursos son del sistema. Los recursos, es una discusión que tenemos que dar porque si lo No POS es parte de qué recursos, pero tiene que haber salud pública y tiene que haber enfoques de salud desde un bien privado.

El otro punto, por eso creemos que es irreconciliable y el artículo quinto de la ley estatutaria presentada por la gran Junta Médica, parte de que la financiación es pública. El proyecto de ley presentado por el Gobierno no parte de que la financiación es pública y eso hay que, yo sé que se está conciliando, pero es absolutamente imposible que se parta de una financiación pública absoluta, ahí yo pienso que tendrá que haber una gran discusión.

Y lo otro es el sistema. Tuvimos un sistema nacional de salud, Ley 56 del 76, creemos que volver a un sistema de asistencia, de asistencialismo, fue en las épocas pasadas a través de recursos de oferta. Creemos que el sistema tiene que persistir en un modelo de aseguramiento, para evolucionar de un sistema de salud, ahora un sistema de seguridad social y a futuro, un sistema de protección social, como lo tienen otros países que han evolucionado en la historia y que no necesariamente tiene que ser público o privado.

Hay otra discusión que no se ha dado, son los regímenes especiales. No se abordan, creemos que hay una inequidad y posiblemente desde quienes plantean los proyectos de ley, desde el punto de vista sociedad civil, están generando inequidad. Los regímenes especiales, es importante ver quiénes son beneficiarios y qué se puede hacer con los regímenes especiales. Un régimen especial vale aproximadamente seis veces a los regímenes comunes y creo que se alcanzaría mucha construcción de equidad, igualando regímenes que es un punto importante para abordar.

Lo otro es la redefinición de lo público, las cuentas únicas solamente manejadas por el Estado. Creemos que en Salud Mía podría hacerse un mayor modelo de participación entre Estado y sociedad civil, y hay que redefinir que es lo público y la participación de la sociedad civil. Y es posible la articulación

de lo público y lo privado en la entrega de servicios de salud.

Y lo otro, es beneficiosa la creación de una central única de recaudo. Creemos que sí, pero tiene que tener una mayor participación desde la sociedad civil. La cuenta única va a lograr grandes economías de escala, va a ser a nivel central, va a lograr posiblemente trazar políticas en la parte de la ejecución del sistema, pero solamente estructurada en la forma que está en su junta directiva, pues posiblemente tendrá un pensamiento más estatal y creemos que sería importante la retroalimentación desde la sociedad civil.

Y lo otro, las redes de servicios, somos unos convencidos que las redes de servicios, y así lo dice la Ley 1438, son las formas de ejecución de este sistema.

¿Cómo cambiar el modelo de atención?, hay una sola respuesta: tenemos que invertir en talento humano. Estamos formando talento humano, posiblemente en los hospitales de alta o mediana complejidad, tenemos que redefinir la formación del talento humano, es Ascofame somos conscientes, la doctora acaba de decirnos los planteamientos que hicimos en la reunión de Ascofame, pero el Gobierno también tiene que redefinir las formas de pago y las formas de relación docencia-servicios. Es absolutamente escandaloso lo que pasa en Bogotá: 70% de las matriculas, hay que pasarla de las facultades de medicina hacia los sitios de práctica, no estoy diciendo que no tenga que haber contraprestación, tiene que haber, pero el objetivo es la formación de un talento humano adecuado, para el país.

Ahora, propuestas, para no quedarnos solamente en la presentación de la problemática. Uno, seguimiento a un sistema de seguridad social, sería un error volver a un sistema nacional de salud basado en el asistencialismo. Segundo, construir la salud pública desde un sistema de protección social, centrado en el manejo social de los riesgos sociales. Recuerden a... los riesgos se previenen, se mitigan y se superan y el único solucionador no puede ser necesariamente el Estado. Podemos construir entre todos, soluciones conjuntas. Esta mañana era el lanzamiento de la EPS, es una unión entre sociedad civil y Estado, buscando soluciones conjuntas.

Lo otro, establecer planes de beneficios por regiones, creemos que es adecuado, otros piensan lo contrario. Pero las regiones tienen su tipología y su forma de concebir la salud. Lo otro es fomentar la contratación centrada en redes integradas de servicios; que las redes son redes, las redes no son públicas ni privadas, las redes son redes. Algún día lograremos entender que lo privado no es malo, ni lo público es malo, sino que lo bueno sí es la integración.

Lo otro es incentivar el manejo de hospitales por operadores lógicos del sistema, a través de alianzas público privadas. Yo creo que la IPS universitaria nos ha dado excelentes ejemplos de qué se puede hacer con ese incentivo de operadores lógicos. En Manizales otras organizaciones nos han dado ese tipo de...

Lo otro, el rol estatal, creemos que el Estado más que hacer normas y por eso la segunda diapositiva,

creemos que el Estado debe modular el sistema. No es que la regulación sea importante, pero es más importante que la misma norma, es la modulación de la expresión de esa construcción de sociedad civil.

Lo otro es giro directo, ha funcionado, creemos que es un avance importante. Retomar la resolutivez de los médicos generales; los médicos generales tienen muchas limitaciones. La habilitación lo que hizo fue limitar la operatividad de los médicos generales y entonces todo el mundo le echa la culpa a la formación de los médicos, a los médicos generales, pero cuando están dentro del sistema no pueden hacer lo que realmente se prepararon para hacer.

Lo otro, los pagos, cambiar la modalidad de pago. Las especialidades tienen que existir, los hospitales tienen que existir, recuerden el esquema: 85% primer nivel, 10% segundo nivel y 5% tercero, pero tenemos que redefinir cómo van a hacer los mecanismos de pago. Si los mecanismos de pago se centran en desarrollo de estrategias de atención primaria en salud renovada, que no tienen que ser en el bajo nivel de complejidad, que pueden ser en todos los niveles de complejidad, pues creo que estaremos logrando ese objetivo.

Lo otro, la participación social desde una estructura organizativa y jurídica. Hemos utilizado la comunidad en las ligas, en los Copagos, en las alianzas, en las no alianzas, pero creemos que sería importante pensar en una estructura organizacional y jurídica de las diferentes formas de participación social. Creo que podrían perfectamente contratarse estrategias de atención primaria, prevención y promoción, con las comunidades, si logramos desarrollar una estructura jurídica.

Lo otro es elección de competencias sin restricciones; o sea no autorizaciones, no restricción de redes, no colusión de pagos significativos y esto tiene que ir acompañado de un sistema de información accesible, donde la gente vea los tratamientos, experiencias de prestadores y resultados abiertos, que se pueda hacer la elección dentro de la red, no el direccionamiento, sino la elección y un sistema de información de precios transparente, accesible y diferenciado por calidad.

La otra propuesta es una cobranza simplificada; todo el mundo trabaja por los días... y por los grupos de diagnóstico relacionado, la gente viene trabajando por P4P, por pagos centrados en calidad, creemos que la capitación es un modelo interesante, pero la capitación es un traslado del riesgo, hay otras formas que el mundo ha experimentado y se puede simplificar el pago.

Lo otro es prohibir la posición dominante en el mercado de la salud, solo quiero hacer una reflexión: los que se integran no son solamente las EPS ni los Gestores, recuerden que los prestadores se integran también. Entonces el problema muchas veces es de posición dominante, más que de integración vertical.

Lo otro es la capacitación en salud. Lo otro es mecanismos de control por una sola Superintendencia, si controlamos planes adicionales por una Superintendencia y planes obligatorios por otra, posiblemente no se va a lograr la parte de integración. La otra propuesta es una lista nacional de cobertura

mínima responsable por el Estado y la eliminación del concepto no POS como integrante del sistema, que lo presentan.

Lo otro, entregar el rol de inspección del sistema a las universidades, creemos que es un espacio neutral, donde se puede trabajar. Universidades que habiliten su experticia en el área, la inspección puede hacerse desde un modelo transparente desde la Universidad. El cambio de rol de las EPS; la Circular 067 de la Súper así lo decía, que administren el riesgo financiero, que sean gestoras del riesgo, que articulen los servicios y garanticen la calidad en la prestación de los servicios.

La otra es la representación del afiliado, creo que. Claro que el proyecto da continuidad a lo que ya existe, pero creo que es importante continuar con ese fortalecimiento de la representación del afiliado. Fortalecer los espacios de docencia en servicios del sistema, como parte fundamental del prestigio y la innovación. En otros lugares del mundo el ser un hospital universitario es un prestigio, en Colombia es una carga el tener estudiantes. Yo creo que hay que retomar ese concepto de campos de práctica y de hospital universitario.

La problemática del servicio social obligatorio está muy dura, posiblemente se callaron los ánimos pero el problema sigue. Hay que repensarlo, yo creo que hay que hacer un abordaje, yo no lo llamo rural, sino ciudad. En la mayoría de servicios sociales obligatorios, la salida, la solución no ha sido ni siquiera desde el Estado como un modulador, sino de los privados modulando plazas de servicio social obligatorio.

Fortalecer el rol del Instituto de Evaluación de Tecnologías como centro de política de medicamentos, creo que es bien importante ese modelo NICE, que se quiere trabajar en el país.

Muchas gracias, quince minutos.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchas gracias doctor. Continuamos Secretario.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa el doctor Carlos Mario Ramírez, en representación de la Secretaría de Salud de Medellín y se prepara el doctor Luis Alberto Martínez Saldarriaga, a nombre de la Asociación de Empresas Sociales del Estado.

Tiene la palabra el doctor Carlos Mario Ramírez.

**Doctor Carlos Mario Ramírez, en Representación de la Secretaría de Salud de Medellín:**

Muy bien, yo no tengo presentación. Buenas tardes a todos, bienvenidos a los honorables Senadores de la Comisión Séptima, a su Presidente y a quienes nos acompañan. Un saludo muy especial del Gobernador y el Alcalde de Medellín, a todos. Como ustedes saben estuvimos esta mañana toda dedicada al tema de la EPS mixta de Antioquia y a compartir con el Ministro algunos temas.

Yo solamente quiero compartirles unas dos o tres reflexiones. Ustedes están dándole respuesta hoy al país como Parlamentarios que son, como el vehículo natural y genuino de la queja ciudadana. Hace no más de dos años hubo una ley, ahora estamos con otra, pero digámoslo que ante el clamor

del país de que hay que volver a entrar en un proceso de estos, pues en realidad ustedes están dando respuesta al tema. Entonces como ese vehículo de la queja ciudadana o de la realidad social de sus comarcas, cuando ustedes las visitan yo me atrevería brevemente a hacer como este resumen en los últimos treinta años. Algunos de ustedes son muy jóvenes, pero seguramente sus ascendientes fueron de parientes políticos les pueden contar si lo que estoy diciendo es verdad o no. Pero uno podría decir que cuando un parlamentario, un diputado salía a provincia en las décadas del 70 y el 80 en relación con la salud, lo que se les pedía era la plática para un centro de salud, para un dotación, una ambulancia, pero en relación con la salud de la gente las condiciones eran difíciles, que incluso lo que se iba era a compartir un velorio y a ayudar a una familia, porque una mujer se murió de parto y eso era algo relativamente frecuente cuando las condiciones de calidad no existían.

Hemos ido avanzando y en la década de los 80 mejoramos con los hospitales regionales, que desarrollaron y acercaron esos especialistas a la población y de ahí nace todo el deseo natural de cualquier comunidad urbana y sobre todo rural de tener primero un puesto de salud, luego un centro, luego un hospital y luego el especialista y así sucesivamente. Llegamos en la década de los noventa con el nuevo esquema y obviamente se empezó a hablar del acceso al servicio, especialmente con la Constitución obviamente, y a ustedes cuando iban a una comunidad se les pedía en algunos de los casos ampliaciones de coberturas en el régimen subsidiado. Y digamos que esos noventa fueron más o menos satisfactorios en el desarrollo del modelo, pero hemos venido del 2000 a acá en una situación que ha complicado el modelo y uno dice, que por lo menos en esta época del 2000 a lo que vamos, estamos en un modelo que algunos hemos llamado modelo integrado y prepago; a ustedes se los llama es para lograr ubicar un paciente en una cama, a ustedes los llaman los jueves y los viernes: ayúdeme Senador, Diputado, que tengo a mi mamá y no hay una unidad de cuidados intensivos, o que le están demorando la autorización, o que tiene un cáncer diagnosticado hace tres meses y no llega, y esa es la realidad hoy.

Entonces estamos hablando del goce real o efectivo del derecho a la salud y yo, pues humildemente les plantearía como unos elementos en relación con la estatutaria. Algunos han dicho y creo que con razón, que el hecho de dejar explícito en la Constitución que el derecho a la salud es un derecho fundamental, tiene una serie de elementos, que como uno no es abogado, consideraba que por el solo hecho de la jurisprudencia en la Corte ya estaba. Parece ser que eso es necesario. Aunque ustedes son Comisión Séptima, pero son Congreso, pues nosotros si plantearíamos es que lo que sí es muy importante que si hay reforma estatutaria, es que no deje entrar en el texto temas que sean de la ordinaria, porque nosotros sufrimos de ese fetichismo jurídico que creemos que porque la ley queda incompleta va a operar mejor. Entonces si la estatutaria es necesaria, ojalá sea pura en relación con el objeto de lo que una estatutaria debe tener y no porque hay propuestas de estatutaria, que tienen elementos no sola-

mente que llegan hasta aspiraciones de felicidad, lo que obviamente pues yo no voy aquí a cuestionarlo, pero que hay que ser claros en la realidad en la que estamos y que la estatutaria se dedique a lo que es y ya considerar si debe ser primero la estatutaria que la ordinaria.

Aspectos interesantes de la ordinaria que quisiera resaltar: Mi Salud, algunos dicen que eso no es bueno porque se centralizan los recursos. Miren, la Ley 60 va a cumplir veinte años, y el sistema general de participación, o sea antes lo que se llamaba la participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la Nación, se ha girado como un relojito durante veinte años y en ocasiones al final de los años se gira anticipado el mes de enero o se ha girado. O sea que la Nación ha demostrado que cuando quiere puede girar los recursos directamente y si hemos eliminado los peajes en el régimen subsidiado y ya se llevan dos años y se va bien, pues yo creo que aquellas críticas que dicen que el giro directo o un solo fondo en la Nación, no son lo totalmente justas con la historia del país, especialmente porque ustedes saben que el sistema general de participaciones son unos recursos muy significativos que por doceavas llegan a municipios y departamentos, para beneficios de servicios sociales, incluyendo el tema de la salud.

Eso en relación con Mi Salud, entonces el hecho es de voluntad. Obviamente puede agregarse el proyecto o mejorarse en buscar un mecanismo de blindar, que este giro no sea complicado por el fiscalismo como ocurrió con el Fosyga. Ustedes recuerdan consejos comunitarios cuando el Presidente Uribe uno siempre veía los alcaldes: Presidente, la plática del Fosyga no me llega y eso se repetía. Pero si se ha logrado una solución, entonces yo creo que es interesante mirarlo.

Los incentivos, es de lo mejor que tiene el proyecto de ley. Es posible que los incentivos haya que diferenciarlos, lo más importante es que en la buena gestión de los hospitales básicos, que es donde más dificultades hemos tenido o de la red básica, que hay que reconocer que la red básica es de mejor desempeño en el contributivo que en el subsidiado. Obviamente tienen más continuidad y no es un tema de entrar aquí a decir de que no necesitamos los hospitales, no. todo municipio tiene, necesita su hospital, como necesita su escuela, como algunos dirían, también necesita su iglesia, respetando la libertad de cultos, todo tipo de iglesia. Entonces aquí el tema es que los ciudadanos necesitan de sus hospitales y los hospitales hay que protegerlos, pero hay que generarles incentivos para que tengan un mejor desempeño y la ley lo trae en ese sentido. Si para garantizar ese incentivo o esa buena gestión al mejoramiento, el incentivo debe ser compartido entre la Gestora y el Prestador, pues ese puede ser un buen mecanismo para que entre ambos, usufructuando ese incentivo, se garantice una mejor gestión, porque hay unas críticas que pueden ser razonables en el sentido en que si el incentivo va a ser gastar menos, pues las Gestoras no van a tratar de gastar para ganarse el incentivo y se va a atentar con el derecho a la salud. Entonces hay que buscar de pronto en los incentivos esa sociedad.

Ustedes dirán y la realidad del país lo demuestra, bueno, en la ley ordinaria puede quedar lo de los incentivos, pero entonces el Gobierno se demora para reglamentarlo y no salimos, eso podría, no sé si tener una fórmula, si en seis meses no se ha reglamentado, entonces, se limitara la UPC, salvo que entre Gestoras y Prestadores tengan un mecanismo de incentivos, que les genere el derecho a usufructuar el total de la UPC, para que exista el incentivo a generar los mecanismos de incentivos con mejor gestión. Les doy un ejemplo, aquí hemos planteado desde la perspectiva de la EPS mixta, que se llama Sabia Salud, a la red básica en especial, es que dejemos algo así como once mil millones que equivale a un poco más de un punto de UPC, en una bolsa de incentivos que los hospitales se ganarán en la medida que atiendan mejor el binomio madre hijo, a los crónicos, entreguen los medicamentos completamente y reduzcan los tiempos de oportunidad, o sean más oportunos en la atención de consulta médica general por lo menos. Si alguno de esos incentivos se gana, van a tener mejor tarifa.

Esta es una visión desde Gestor o desde EPS a IPS. Pero si en el día de mañana con la reforma, este es un tema que se da en conjunto, pues la EPS sabe que si no incentiva su red, pues tampoco va a tener el incentivo a su vez.

El reaseguro y Mi Plan. Algunos han dicho que Mi Plan es un buen deseo, pero que no tiene sostenibilidad. Yo les plantearía lo siguiente, si hay un buen desempeño del primer nivel, si adicionalmente hay incentivos a la atención especializada, que la atención especializada puede ser objeto de incentivos; hay mecanismo de pago que *per se* generan incentivos, pero si un hospital especializado se le garantiza un pago oportuno, independiente de su naturaleza jurídica, el hospital especializado perfectamente puede generar un servicio por mayor oportunidad y con mayor calidad. Aquí desafortunadamente hemos perdido, no sé si en una década o más, en sentarnos en un solo prolijo de cuál es la tarifa donde la EPS considera que ganó mucho porque le rebajó cinco o diez puntos a un hospital y al final el hospital tiene que subsistir y eso viene en el tema de que hay mayores promedios días de estancia en una hospitalización o se demoran más en las intervenciones, entonces, perfectamente pueden haber incentivos que incentiven esto y sobre todo que generen un clima de mayor confianza, porque como todos sabemos el clima es realmente ácido.

Entonces, Mi Plan, si se amplía a servicios no POS es sostenible, con incentivos en desempeño, con el reaseguro de eventos de alto costo y obviamente al racionalizar el gasto en lo no POS, porque ya va a entrar, puede que en los primeros años sea un poco mayor, se reduce y yo me atrevería a decir que con los recursos que tenemos para la salud es perfectamente factible entrarnos en ese reto, ese sería un planteamiento.

Lo de prepago involuntarios. Lo voy a plantear desde la perspectiva que uno lo vive, muchos de los que estamos aquí podemos tener medicina prepagada, algunos no la tienen, otros son enemigos de tenerla porque para eso está el POS y él debería garantizar el derecho. Pero si las pólizas de prepagada involuntaria le dan a uno lo mismo que le da el POS

y si adicionalmente, como ya se ha mostrado con suficiencia, que aquellos beneficiarios de muchos servicios no POS son de alto ingreso, que además de POS tienen prepagada, pues ilógico es que el Estado asuma el tema de pagar unos servicios como son hormonas de crecimiento y otros servicios que no son realmente efectivos. Entonces si uno está pagando una prepagada, por lo menos una parte de eso debería ir a financiar esa ampliación de Mi Plan, de manera que el que más tenga porque paga un servicio de esos, este colaborando de manera equitativa para liberar recursos fiscales que financien esos mismos servicios a la población que no tiene con qué pagar una prepagada siendo asalariado, siendo del régimen contributivo y obviamente aquellos que no tienen recursos para pagar ni siquiera la cotización. Entonces este, creemos que es un tema interesante, que puede discutirse un más en el cómo, pero que en el propósito como esta en el proyecto es, yo diría que genera una gran equidad.

Termino con lo siguiente: los hospitales. Nosotros tenemos en el país no menos de, les diría yo, por ahí unos cuatrocientos municipios categoría seis que tienen menos de seis, siete mil habitantes. Que no es lógico que tengan una empresa social del estado, sea un centro de salud o sea un hospital, la plata se va allí en costos de transacción y lo que necesitamos es que la plata de la salud se dirija más a los servicios y menos a los costos de transacción admirativa.

Hay que empezar a pensar que estos municipios pequeños sean unas grandes redes, si se quiere única, a cargo de los departamentos. De manera que haya un solo gerente, un solo revisor fiscal, un solo funcionario de control interno; que garanticen en conjunto con los recursos territoriales, esa sinergia y que elimine lo que se ha criticado con razón de la fragmentación del sistema. Que llevándolo en esa misma orbita, viene el tema de las zonas dispersas, que obviamente se puede trabajar por reglamento y el Ministerio lo está trabajando, pero definitivamente el modelo para los cinco, seis departamentos más dispersos de este país, pues yo me atrevería a decir que son perfectamente factibles de realizar a través de una articulación de redes de prestadores, sin las EPS de hoy, y yo diría, sin las Gestoras del futuro.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Posibilidad de que se le pudieran generar incentivos a los prestadores, valdría la pena Ministro, tener esa inquietud en cuenta y revisar el tema. Continuamos con el doctor Martínez.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Interviene el doctor Luis Alberto Martínez Saldarriaga, a nombre de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y se prepara la doctora Marcela Vélez, en representación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quien expresará una opinión.

**Doctor Luis Alberto Martínez Saldarriaga, a nombre de la Asociación de Empresas Sociales del Estado:**

Buenas tardes. Un agradecimiento muy especial a la Comisión Séptima, un saludo muy especial al

doctor Alejandro Gaviria y al Superintendente Nacional de Salud y a todos ustedes.

Ya en otras oportunidades hemos tenido posibilidades de cuestionar y de dar alguna voz de algunos aspectos que nos parecen importantes de la reforma 210 y de la 233. Hoy vamos a enfocar nuestra presentación en algunas propuestas que hemos venido trabajando desde hace ya más de dos años en varios espacios, para tratar de mejorar el cuidado integral de la salud. No se nos puede olvidar que tenemos un contexto y que es algo que atenta contra el cuidado integral de la salud, cual es la fragmentación enorme que tiene nuestro sistema de salud, donde cada uno de los fragmentos: EPS, departamentos, Fosyga, municipios, hospitales y clínicas, poco se articula con el resto de pares o de complementos para poder brindar una atención integral. Y esta fragmentación, obviamente induce, primero a corrupción, porque cada isla es un potencial negocio que trata de sacar réditos del sistema, y la ineficiencia, porque estamos replicando un monto de oferta hospitalaria, muy cercana la una de la otra y muy ociosa.

Así mismo tenemos que decir que existen unas enormes trabas jurídicas y administrativas, para que la población acceda de manera efectiva, integral y eficiente al cuidado de su salud.

Hemos trabajado algunos puntos, aquí esbozaremos gran parte de ellos, desde la Mesa Antioquia, trabajando también por la coalición social por la salud, desde la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado e IPS públicas, en estos aspectos, ya se los entregamos al Secretario de la Comisión Séptima, para que los comparta con los Senadores.

Primero, en rectoría, pensamos que este es un ausente del Proyecto de ley número 210, pensamos que el modelo de atención, que es parte de la rectoría, definir cuál es el modelo de atención. Debe estar fundamentado en la atención primaria en salud, con el enfoque renovado y con plena participación, ajustado a las necesidades de la población en cada territorio. Entonces ahí, muy bueno que se piense en áreas de gestión especial, en áreas de gestión como lo propone la 210, pero nos gusta más el tema de territorios de salud, que marca la propuesta de ley 233.

Debe haber una interdisciplinaria e intersectorialidad para abordar los determinantes sociales de la salud y la atención primaria en salud se convierte en el gran articulador entre esa regulación y esa gestión de los determinantes en salud con la atención, pasando obviamente por la promoción, la prevención y demás. Debe adecuarse también la planificación y la gestión a las necesidades espacios poblacionales, entonces aquí hay que hacer un fortalecimiento de los entes territoriales y de una figura que ha sido un combinado de piedra, que son los consejos territoriales de seguridad social en salud. Donde estos consejos deben tener una capacidad rectora y orientadora en las políticas y programas que se desarrollen en cada uno de los territorios.

Igualmente pensamos que el Plan Decenal de Salud Pública, que es una apuesta que hace ahora el país y que es uno de los réditos que se tiene de la Ley 1038, debe convertirse en el principal ins-

trumento del ordenamiento sectorial, acorde con los planes territoriales de salud en cada uno de los municipios y de los departamentos. Pero a este Plan Decenal de Salud Pública hay que asignarle recursos, porque puede que quede muy bonito, pero si no se le asignan recursos no va a haber mucha ejecución que digamos. Igual pensamos que los entes territoriales deben ir asumiendo de manera gradual sus competencias, que ha sido un estigma siempre pensar en que como se le va a entregar competencias al departamento del Chocó, de Córdoba, más bien entreguémoselas a la de Antioquia, etcétera. Pensamos que hay que entregárselos a todos de manera gradual, obviamente cuidando la buena utilización de los recursos, que no se malgasten, que no se despilfarren en politiquería y demás, pero hay que entregarle y hay que descentralizar verdaderamente el país, como lo propone nuestra Constitución.

Modificar ese régimen de competencias y recursos, que viene muy aporreado desde la Ley 715 y desde la Ley 617. Los departamentos y los municipios se convirtieron en contratantes; de contratistas que pueden ser muy buenos, otros no tan buenos, pero que es enojado ese conocimiento en salud pública, por ejemplo se lo lleva el contratista, no queda instalado en las capacidades del territorio. Igual hay que pensar en un sistema integrado y desconcentrado de inspección, vigilancia y control. Si cada uno por su lado, la Superintendencia hace su trabajo por su lado, la Procuraduría, la Contraloría, los entes territoriales también en lo poco que puedan hacer, pensamos que deben articularse también de manera eficiente y efectiva, creando un sistema de inspección, vigilancia y control, desconcentrado y descentralizado.

En la parte de financiamiento, decíamos esto desde hace algún tiempo, algunas cosas han quedado en las discusiones. Los recursos financieros del sistema son públicos y deben destinarse para la atención integral en salud de la población en un territorio. Decíamos también que se debe intervenir y reestructurar el Fosyga, creando un fondo único, pero la propuesta del Gobierno nos parece que va muy bien orientada en ese sentido, reiteramos que hay que mejorar la gobernanza, la participación, en la gestión de esos recursos y hay que descentralizar esos recursos, mínimo en la asignación; que se sepa cuánto se le va a asignar en recursos financieros a cada territorio, insistimos, dependiendo de las necesidades, no de los agentes. En el sistema actual los recursos siguen es a la gente, siguen es al intermediario o al hospital, no siguen realmente a las necesidades de la población.

Redefinir las formas de pago, como a lo ha dicho el doctor Julián, lo dijo mucho mejor de lo que nosotros lo tenemos escrito aquí. Hay que asignar los recursos de manera diferente, cambiar un poco el modelo de pago por evento a otros modelos más integrales. Los giros directos desde el Fondo Único a los prestadores, a las redes de prestación de servicios y el fondo de salvamento, es una cosa que también la planteábamos desde hace algún tiempo, para garantizar el pago de servicios no cancelados que se adeudan. Hoy en Antioquia la deuda supera el 1.5 billones de pesos, eso hay veces se nos olvida. Pensamos que ese fondo debe estar orientado a eso,

no tanto para ser capital de los potenciales gestores, que luego se van a convertir las EPS.

En el talento humano, un, también un olvidado de la Ley 210, como se ha planteado aquí. Pensamos que hay que pensar en la formación, en el aspecto laboral e institucional. En la formación hay que articular sectores educativos, Ministerio de Educación con Ministerio de Salud, hacer reformas curriculares adecuadas al nuevo modelo, basados en atención primaria en salud. Incentivos para la formación de especialistas y que estos especialistas se queden en las regiones, en las superregiones, igual pasaría con el demás recurso humano que migra rápidamente a los centros urbanos.

Formación de agentes comunitarios para fortalecer los equipos básicos de salud y también los equipos de apoyo, para poder desarrollar esa estrategia de función primaria de manera descentralizada y fuera de las instituciones.

Eliminar la flexibilización y precarización de las condiciones laborales. Tenemos un montón de recurso humano tercerizado, mal pago, mucho producto de convenios de desempeño firmados entre los hospitales públicos con el Ministerio de Hacienda, convenios a diez años que nos amarraron las manos para poder fortalecer los servicios.

Contratación de recurso humano de acuerdo a las necesidades de la población, respetando las condiciones básicas. Dar incentivos para la permanencia de los profesionales en los primeros niveles alejados. Requisitos mínimos de continuidad en el trabajo en primeros niveles para ingresar las especialidades; ahora la gente hace el rural y son pensando en la especialización. Pensamos que es una cosa buena, pero hay que mantener, permanecer un tiempo importante en cada localidad.

En aseguramiento, nosotros definimos que el aseguramiento es la garantía del Estado, de la atención integral a la población ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema solidariamente con criterios de equidad y un sistema de gestión de riesgos, dirigido y controlado indelegablemente por el Estado. Y aquí hay una gran disyuntiva, si nos vamos por atención primaria y redes integradas de servicios de salud, ¿nos olvidamos de la gestión de riesgo?, pensamos que no. Pensamos que hay que integrarlos en un modelo de atención que busque el cuidado integral de la población.

Simplificar la normatividad y las formas de contratación y pagos de las diferentes tecnologías e insumos que hacen parte de la atención. Pensamos que las bases de datos también deben estar en cabeza del ente territorial y deben ser administradas por estos. Las entidades territoriales deben liderar la planificación y la acción intersectorial para modificar determinantes, condicionantes y riesgos en salud; aquí debemos fortalecer los entes territoriales, que son las agencias naturales de nuestro Estado Social de Derecho.

En prestación de servicios, insistimos, en el predominio y en la importancia de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, a estos les asignamos la obligación de conformar las redes integradas y en estos Consejos están los potencia-

les aseguradores, los municipios, los hospitales, el recurso humano, los sindicatos, los trabajadores, el sector privado incluso. Basado en un modelo de cooperación entre los prestadores, más que de competencia. Si algo nos ha hecho daño es que cada uno de los diferentes actores, hospitales y clínicas y demás, compiten entre sí por quitarle los clientes al otro. Debemos de pasar de esa competencia local, permítenme la expresión, a cooperar solidariamente entre los prestadores, para garantizar un mejor cuidado de la población y las redes integradas de servicios de salud nos ofrecen esa condición.

Habilitación de las redes integradas gradualmente, según el cumplimiento de los criterios determinantes y la Ley 1438, que desafortunadamente el Proyecto de ley número 210 acaba con las redes integradas de servicios de salud, lo dice explícitamente en ese artículo 63, como deben ser esos criterios determinantes.

Las redes deben obviamente ser, de tener una naturaleza jurídica propia y un sistema organizativo único para la red. Estas redes estarían coordinadas por las entidades territoriales para el abordaje de los determinantes y condicionantes. Tendrían unos Equipos Técnicos Subregionales y zonales de entes territoriales, apoyando la conformación de estas redes; para eso también habría que reformar el sistema obligatorio de garantía de la calidad, especialmente en el componente de habilitación, favoreciendo la capacidad resolutoria de los primeros y segundos niveles. Ahora hay muchas cosas que se hacen en la casa, pero no se pueden hacer en un primer nivel, porque hace falta algún muro o algo.

Los equipos básicos son la piedra angular del modelo. Son los que realmente harían ese vínculo entre el sistema y las familias y las personas, se convierten en el desarrollo avanzado del médico de cabecera: Unos proveedores permanentes de las familias, multidisciplinarios, intersectoriales, cercanos a las personas, con una población a cargo definida en el primer nivel de atención y conformados de acuerdo a las necesidades de la población.

Para tener en cuenta dos frases: el doctor Juan Manuel Santos, decía por allá en agosto del 2011: “La salud no puede ser un negocio, la salud es un servicio social y es un derecho que tienen los colombianos y con ese principio hay que actuar y hay que encontrar esas soluciones, la salud no debe ser un negocio”. Dice la ANSA en su exposición de motivos: “La visión economicista de la Salud, que confía en la lógica del mercado llegó a su límite. La salud está relacionada con el desarrollo integral del ser humano, más allá de la atención de la enfermedad”.

Si algo tenemos de ganancia hoy es que todos estamos de acuerdo en que la salud debe reconocerse como un derecho humano fundamental, lo dice el Gobierno, lo dice la Corte.

Finalmente pensamos que entre la gritería ideológica y la sordera neoliberal, hay un mar de posibilidades para mejorar el Sistema de Salud Colombiano. Pongamos a conversar los Proyectos de ley número 210 y 233. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Doctor Martínez. Secretario continuamos.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa la doctora Marcela Vélez, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y se prepara el doctor Eduardo Guerrero Espinel, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia e interviene también a nombre de la Mesa, Antioquia.

Tiene la palabra la doctora Marcela Vélez.

**Doctora Marcela Vélez, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia:**

Buenas tardes. ¿Esto es autoservicio?

Bueno, un saludo muy fraternal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en cabeza del doctor Elmer Gaviria, quien no pudo asistir en esta tarde, pero que les envía sus respetos y que espera que esta audiencia rinda sus frutos para el país, para el bienestar de la salud de los colombianos.

Nosotros tenemos una presentación, donde se llama el rol de la EPS, porque realmente hemos visto que en este proyecto el foco fundamental de lo que se propone como reforma, es un foco que está limitado al espectro de la gestión por las EPS. Todo aquello que se sale de ese foco de la gestión, no estuvo incluido, cosa que creemos que es una misión corta, economicista, sin ser despectivos, de lo que se considera la salud en el país; es decir, no se habla de APS, no se habla de talento humano, no se habla de formación, no se habla de un plan de salud pública para el país, lo que hace pues que realmente estemos limitando el espectro de, a qué vamos a referir nuestra discusión.

Hemos visto que hay algunas coincidencias entre el Proyecto de ley número 233 y el 210, fundamentalmente creo que la diferencia radica en que el Proyecto de ley número 233 tiene como propósito último mejorar la salud de la población colombiana; mientras que el Proyecto de ley número 210 tiene como propósito mejorar el flujo de recursos dentro del sistema de salud, y eso hace que sean dos cosas absolutamente diferentes. Es distinto cuando usted, nosotros lo llamamos, los epidemiólogos clínicos, utilizamos desenlaces subrogados o intermedios para evaluar los sistemas o las intervenciones en salud, a cuando usted utiliza desenlaces centrados en los pacientes, es decir, desenlaces centrados en las personas.

¿Cuál es el efecto de este proyecto de ley en la salud de los colombianos?, ¿en qué lo va a mejorar?, ¿cuál es esa ganancia sustancial que van a obtener los colombianos?, ¿qué van a obtener?, ¿van a acabarse las listas de espera ociosas, vergonzosas y mortales que tienen las EPS?, ¿va a haber una mejoría en la atención en salud?, ¿va a haber menos enfermedad?, ¿va a haber un trato respetuoso por el paciente, por sus necesidades, por su familia?, si de eso estamos hablando, hay un proyecto que es capaz de vislumbrar eso como el objetivo último de una reforma, estamos en el camino correcto. Porque si el propósito no es ese, si el propósito es ahorrarse unos pesos, si el propósito es que la cuenta se pague a tiempo, si el propósito es tener un saco de rentabilidad para repartir entre inversionistas; sea cual sea ese propósito de la inversión desde ese punto de vista economicista, vamos por el camino equivocado, porque eso no se va a traducir en un be-

neficio para la población, en un beneficio para los colombianos, en una ganancia tangible para los que día a día están en los hospitales, en los servicios de urgencias, en las consultas externas, esperando la atención en salud, y mucho menos si seguimos en este modelo, donde lo único que se hace es atender a los enfermos, mal que bien atender a los enfermos, y no estamos pensando en que el propósito de cualquier sistema de salud en el mundo, es prevenir la enfermedad y es garantizar que la gente viva en condiciones, si les parece bien, de felicidad, si, de bienestar, de completo bienestar.

Nosotros en las universidades, creo que todos coincidimos en esto, intentamos hacer una formación de un talento humano, como dice en la lista, clínicamente competentes, científicamente rigurosos, comprometidos, hábiles, respetuosos de la diversidad, permanentemente críticos y este esfuerzo por formarlos en esas condiciones, se ve absolutamente revertido cuando salen al ejercicio profesional, porque ejercen dentro de un sistema que no está diseñado para ese respeto de la diversidad, ni para esa responsabilidad, ni para ese compromiso social, ni para el uso riguroso de la evidencia científica que existe en el mundo, sino que se tiene que adaptar a las reglas que impone el mercado, un mercado que dice que si usted gasta menos en salud, gana más y por lo tanto a final de año tiene más ganancias. Y si ese es el modelo, luego, no podemos esperar que la cosa mejore en el país.

La salud es un derecho fundamental. Ha sido un esfuerzo de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia por discutirlo en diferentes espacios académicos y por enseñar a nuestros estudiantes, no es un acto de misericordia, no es meramente un servicio y mucho menos es un negocio.

Las EPS han sido las generadoras de la crisis, fundamentalmente está que estamos viviendo ahora. No es una crisis estrictamente debida a falta de financiación, sino a esa ganancia inmensa que tienen las EPS, a la especulación que se hace con los recursos del Fosyga, a la disminución del esfuerzo fiscal del Gobierno para financiar, a este sistema que promueve los recobros, los sobrecostos y todo ese tipo de perversiones dentro del sistema, con el que se quedan más dinero los inversionistas; a la integración vertical que ha sobredimensionado los costos de los procedimientos y de las intervenciones, a pagarles unas utilidades muy altas a las EPS, que son absolutamente antisolidarias y corruptas.

Yo semestralmente creo, si, semestralmente tengo una experiencia y es que los estudiantes que se van a hacer el servicio social obligatorio, que además es completamente difícil y que como el doctor Julián, pensamos que debe reconsiderarse para que no sea obligatorio, porque no estamos en las condiciones de que sea un servicio social obligatorio. Pero los muchachos cuando llegan al servicio social, llaman, algunos me llaman y me dicen: profe, me van a afiliarse, recomiéndeme una EPS. Y entonces yo con esta evidencia científica que tengo, les digo: tranquilo mijo, escoja la que sea, todas son igual de malas. Yo creo que eso tiene que acabarse. Yo creo que tenemos que pasar a un sistema donde efectivamente la gente pueda elegir, elegir aquello que sea reconocido como de mejor calidad versus

a otras instituciones y generalmente eso lo puede hacer es con las instituciones prestadoras de salud, no con las EPS, no con el que lo administra, llámese EPS o llámese Gestoras, sí, porque realmente el hecho de usted cambiarle el nombre, no significa que le cambie la intencionalidad.

Ahora al final de la presentación mencionamos dos o tres cosas, de cómo se podría modificar esto, al menos para que no quedara con ese contexto, aunque la posición fundamental de la facultad es que no deberían existir EPS, ni como EPS, ni como Gestoras, ni con otro nombre, ni que se llamen ni ONG, ni Capilla, ni nada, no debería existir.

Nosotros vemos con frecuencia que por falta de carnet no se accede a servicios médicos y todavía siguen existiendo en el país personas que no están afiliadas. Ahora, no se llame cobertura tener carnet dentro de la billetera, porque realmente tampoco son indicadores que signifiquen lo mismo, no significa lo mismo tener un carnet que estar cubierto por el sistema de salud, pero todavía observamos personas que no son atendidas. El concepto del médico tratante no se tiene en cuenta en este país, es decir, si el médico remite a un especialista, se demoran pero muchísimo tiempo para que lo puedan atender y algunas veces las EPS no respetan esta decisión del médico.

Los servicios de urgencias viven saturados, porque los pacientes no logran ser atendidos en las consultas externas, luego cualquier reforma que se haga del sistema de salud tiene que considerar ese aspecto: ¿Cómo vamos a hacer para que fluya la atención de los pacientes en la consulta?

Los pacientes se mueren o se complican porque no son atendidos oportuna y adecuadamente y ahí centro un aspecto acerca de los incentivos y los estímulos. Incentivos y estímulos y empezamos a hablar de gestión, entonces si gasto, entonces si atención, cuánta atención. No, realmente los incentivos y los estímulos deberían ser a cosas, como les decía previamente, centrados en los pacientes. ¿Cuántos pacientes atendió oportunamente?, ¿a cuántos logró tratarlos en un momento donde su cáncer era tratable, manejable o prevenible y no cuando ya estaba en las últimas en la unidad de cuidados intensivos?, es decir, cómo es que las instituciones y el sistema de salud revierte las condiciones de enfermedad de la población, eso, a eso si se debería dar un incentivo. Aquellas instituciones de salud que piensan en mejorar la condición en atender oportunamente a los pacientes que tienen enfermedad y en estar promoviendo permanentemente condiciones o estilos de vida saludable para evitar las enfermedades.

Las negaciones de los servicios contenidos en el plan de beneficios, esto es muy conocido, siempre hablamos de ellos, lo que está contenido en el plan de beneficios y se niega reiterativamente. En el proyecto tampoco se ve que haya un control sobre esta negación de los servicios contenidos en el plan de beneficios, siempre estamos hablando de lo no Pos, pero resulta que lo que más se niega es lo POS, es decir, lo que está en ese contenido de lo que se ha aprobado por consenso en el país, sea el consenso de los que sean, de qué es lo que es, lo que se entiende.

El desconocimiento del perfil epidemiológico del país, si no se tiene en cuenta dentro de este proyecto de ley, realmente nos vamos a ver enfrentados a una dificultad para avanzar en logros del sistema, en logros de salud del país, porque no conocemos, no sabemos qué es lo que sucede y el país no ha tomado decisiones sobre cuáles son las enfermedades que piensa impactar.

Tenemos una falta de oportunidad en la participación de la población y en la comunidad médica dentro de este sistema de salud, eso es evidente. Tampoco lo regula este proyecto de reforma de la ley, luego pensamos que esto es importante tenerse en cuenta.

Hay un aspecto que ha generado gran duda dentro de los pacientes, yo por aquí lo tengo, que es el aspecto de la tutela. Se escucha en los medios y se escucha entre la población, que el proyecto va a limitar el acceso a la tutela. Realmente cuando la sentencia, cuando la Corte Constitucional promulgó la Sentencia T-760, ellos muy claramente en la sentencia piden que se reduzcan las tutelas, es decir, que de hecho no debieran haber tutelas por el derecho a la salud, cierto, porque todos deberían tener un goce efectivo de la salud, el hecho es que la tutela es la única herramienta que tienen los pacientes para poder acceder a eso que aunque tienen derecho, no se le es respetado y no se le es dado. Luego, yo creo que es importante que se aclare, además que ninguna ley es capaz de quitarle el derecho a la tutela, porque es un derecho que está bien sentado en la Constitución. Pero yo creo que es importante, si se piensa en la reducción de la tutela, no en poner trabas para que la gente acceda a su derecho efectivo, sino realmente es la reducción de la tutela pero por la vía de acceder al derecho, de que se tenga y que la gente no tenga que acudir a él y eso es muy importante.

Hemos pensado sobre el rol de las Gestoras, pues en este proceso se sigue viendo igual como un proceso de intermediación, ahora, va a haber un fondo, que es el fondo que hace el giro directo o hace los pagos, pero si la ley además plantea que al final del año esos dineros que se encuentran dentro del Fondo se van a repartir dentro de las Gestoras, pues volvemos a la misma lógica del incentivo inmoral, cierto, a que no se gaste, a que no se pague, a que no se atienda, a que no se haga, porque al final del año pues nos van a dar los incentivos. Entonces eso realmente no tiene sentido dentro del sistema de salud, si ya encontramos y detectamos que es un error mantener estas EPS, que su rol dentro del sistema de salud es lesivo para la atención y para el goce efectivo del derecho a la salud, por qué seguimos manteniéndolas y por qué seguimos garantizándoles este lucro a partir de la negación del servicio.

La integración vertical. Escuché ahora que la idea era no permitir integración vertical de ningún tipo, ni en el primer nivel, ni en el segundo, ni en el tercero, ni en ninguno de ellos. Fundamentalmente creo que es que a la integración vertical también es un incentivo inmoral en el sistema de salud. Siempre las EPS pagan las cuentas a sus propias IPS sin poner problemas, sin auditar, sin dificultades, cierto, pero pagarles a las otras instituciones prestadoras de salud, ahí sí tienen todas las trabas para

respetar o autorizar el pago de las cuentas. Luego, yo creo que la integración vertical es absolutamente nefasta dentro del sistema de salud, igual como los rendimientos financieros.

No mencionan esta parte, siempre yo creo que yo soy como la de la cantaleta y a veces me da hasta pena, porque en todos los escenarios digo lo mismo y parecen como palabras tiradas al olvido. Ninguna reforma al sistema de salud en Colombia debería excluir el tema de la propiedad intelectual en medicamentos y en dispositivos médicos. Ningún país, ni el nuestro ni ningún otro, es capaz de tener un sistema de salud donde se cubran de una forma decente las necesidades de salud de la población, ofreciendo todos los medicamentos y todos los dispositivos al precio al que la industria le dé la gana, que es lo que sucede en el país. Que nuestra capacidad de regulación de los precios de los medicamentos y los dispositivos médicos es mínima, mínima, mínima, es decir, si los que son juiciosos han estudiado los precios de los medicamentos y los dispositivos, saben que los precios en Colombia son más caros que nuestros vecinos andinos, que nuestros vecinos Latinoamericanos, que los canadienses, los ingleses, los norteamericanos y eso no lo ha evidenciado incluso el caso de Caletra que fue famoso, famoso entre los famosos y que a pesar de que logramos una reducción, seguimos teniendo los precios más costosos en ese medicamento en comparación a nuestros vecinos.

Luego, si el país no es capaz en una de estas reformas, de incluir el tema de la propiedad intelectual, de una capacidad fuerte de negociación con la industria, no vamos a ser capaces de incluir dentro de nuestro plan de beneficios toda esa tecnología nueva, que demuestra que tiene alguna actividad en la mejoría de la atención en salud de las personas.

Como les decía, no es que simplemente se le cambie el nombre a lo que ya existe, sino que realmente se elimine la intermediación financiera, la especulación, el lucro a partir de agregarle ningún valor al proceso de la promoción de la salud y la atención en la enfermedad, que es lo que actualmente estamos viendo.

Dentro del proyecto de ley también nos ha quedado la duda de la prepagada, porque a pesar de que se menciona dentro del proyecto, no es claro saber cómo es que piensa vincular con el resto del sistema de salud. En la actualidad pues es un doble pago, pero realmente tampoco el proyecto da luces de qué es lo que se espera hacer con la medicina prepagada en el país.

Ok, finalmente pues lo que pensamos, en conclusión del sistema de la propuesta de ley, es que el modelo subyacente del sistema de salud no se modifica, pues la receta relativa al aseguramiento en salud y a la competencia regulada se mantiene y mientras el modelo permanezca, se mantendrá el estímulo a un alto gasto en salud, no dirigido a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, sino a dejar que las personas se enfermen para poder generar alta facturación por poco servicios. Pues de no ser así, no habría ganancia para el inversionista, el asegurador o el competidor, como sea que se llame. Muchas gracias.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Muchísimas gracias doctora. Secretario, continuamos.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Continúa con el uso de la palabra el doctor Eduardo Guerrero Espinel, a nombre de la Mesa Antioquia y se prepara el doctor Marco Aurelio Sosa Giraldo, jefe del Departamento de Salud Pública de la Universidad San Martín. Tiene la palabra el doctor Guerrero Espinel.

**Doctor Eduardo Guerrero Espinel, a nombre de la mesa Antioquia:**

Bien, muchísimas gracias al Ministro de Salud, a la Comisión.

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

Le ruego a los intervinientes el uso útil del tiempo, porque hay un número bastante crecido de inscritos.

**Doctor Eduardo Guerrero Espinel, a nombre de la Mesa Antioquia:**

Bueno, yo estoy aquí en representación de la Mesa Antioquia, hago parte de la Facultad Nacional de Salud Pública y voy a hacer una referencia al acuerdo, de una declaración que ha sido suscrita en el último fin de semana, que fija, digamos, la posición frente a diferentes puntos con relación a la reforma.

El primer punto que quiero señalar es el siguiente: creo que Colombia está a un paso de generar un pacto social por la salud, que este proceso que se ha abierto es importante, que hay necesidad y me parece que eso va por la vía del Congreso, de que se insiste para el Congreso analizar los Proyectos de ley ordinaria 210 y 233 presentados por el Gobierno. Que ambas iniciativas presentan enfoques diferenciados que representan diversas formas de pensamiento de nuestra sociedad y que deben tenerse en cuenta para construir una propuesta de consenso nacional por un nuevo Pacto Social para la salud. O sea que llamamos al Congreso a escuchar y a revisar las propuestas juiciosamente, porque cada una de ellas tiene aspectos importantes que pueden beneficiar el sistema de seguridad social en salud en Colombia.

Debemos salir del imaginario de que la salud es un negocio, para trabajar por la salud como un derecho fundamental, para cuidar la salud y los recursos públicos. Yo pienso que este punto, ya existe un consenso a nivel nacional, de que tiene que haber una cultura que cuida la salud, que proteja la vida y que cada uno de los actores realmente sea el centro de su trabajo y de su función. Cuando abrimos la salud a tener excedentes y ganancias, todos los actores empiezan rápidamente a buscar ese objetivo y desafortunadamente nos desviamos del sistema que queremos, por lo tanto tenemos que hacer un alto en el camino, porque llevamos veinte años de una desviación que realmente no le conviene al país y que debemos partir de las ganancias, debemos partir de los puntos positivos del sistema, pero también somos conscientes de las grandes dificultades y barreras que han sido reconocidas por el propio Mi-

nisterio de Salud, que hay que tratar de resolverlas creando una cultura hacia la salud y la vida.

Creo que todos estamos de acuerdo de que en esta coyuntura se debe aprobar una ley estatutaria con sentido de urgencia que vaya en función del derecho fundamental a la salud. Que se hace convenir acciones de aseguramiento de la salud y de la salud pública y que estas pueden trabajar unidas en los niveles territoriales y microterritorios con el fin de usar los recursos en forma más eficiente.

Ya lo hemos visto y se ha discutido en diferentes momentos, de que la salud pública y el aseguramiento no son incompatibles y que por lo tanto todos los recursos del sistema deben mirar hacia resultados en salud pública, todos los recursos del sistema deben buscar la sinergia de acciones en los territorios, para tener una planificación y unos procesos mucho más ampliados, que nos permitan resolver las acciones en los territorios. Lo que vivimos en los últimos veinte años, de separar totalmente salud pública del sistema de aseguramiento, le hizo perder a la salud pública muchísima posibilidad en la planificación y en la organización de los recursos para obtener resultados, tanto en la parte de prevención, de organización de riesgos, etcétera, como de la propia organización de la red de servicios, con la experiencia que se tiene a nivel nacional e internacional. Por lo tanto el aseguramiento de la salud y las acciones de salud pública deben unirse en los territorios y microterritorios para cumplir con el plan decenal de salud pública, que incluye el logro de metas sanitarias. Nosotros no vemos esta reforma si no se incorpora en el Plan Decenal de salud pública como una meta y como un tangible, donde los diferentes actores suman esfuerzos para poder cumplir este tipo de propuestas.

Con relación a la naturaleza de los recursos, es tiempo de ratificar los fallos de la Corte Constitucional en el sentido de que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son de naturaleza pública hasta que los servicios sean pagados al prestador final, es decir trabajadores y proveedores. El sector público, el privado y todos los actores debemos ingresar a una nueva cultura por la defensa del bien público, el ahorro y el uso pertinente y ético de los recursos humanos. Quiero recalcar este punto, donde todos los actores debemos trabajar por una cultura, por una nueva ética, no por la ética donde estamos tratando de sacar el mejor partido, de facturar más la industria farmacéutica, elevando los precios, haciendo absolutamente lo que se quiere con el sistema, me parece que tenemos que constituir un frente para defender los recursos, para poder dar a los colombianos lo mejor que podemos y no estar generando excedentes o ganancias, que son las que podrían desviarnos del camino.

Participación ciudadana. La ley ha olvidado elementos centrales para la armonía de un sistema de salud equitativo y justo como los son la gobernanza y la rectoría pública por lo que debería incluir y presentar estrategias de participación ciudadana vinculante y no solo de opinión en todos los espacios decisorios del Sistema. Nos parece que a nivel nacional, el fondo de Salud Mía puede tener una conformación con un grupo de personas que participen, instituciones y voceros que puedan participar

del proceso decisorio y realmente no se limite a tres personas, como está compuesto, dado por la ley, la propuesta de reforma.

Aceptar la participación de los ciudadanos, organizaciones sociales y actores públicos y privados a nivel nacional y territorial, generará una cultura de apropiación del bien público. O sea que nos parece importante, Honorables Senadores, de que se pueda incorporar en la ley y en los diferentes espacios que se tienen dentro del sistema, puedan tener participación ciudadana y puedan ser ellos vigilantes de las decisiones que se toman en cada uno de los grupos. Los ejemplos que hemos visto en los diferentes países y a nivel nacional nos dan la razón en ese sentido.

Seamos coherentes y consecuentes. La construcción de la propuesta de ley para ser aprobada por Poder Legislativo debe incorporar principios y valores esenciales, de los cuales deben desarrollarse y ser coherentes en todo el articulado para lograr sinergias entre la estructura, los procesos y los resultados esperados mediante estrategias, modelos de atención y mecanismos de gestión sanitaria y el modelo de operación de las redes de servicios. Debemos iniciar hoy, para el mañana y el futuro, la construcción de una nueva cultura para la salud, actuar en forma consecuente con los principios, valores y metas propuestas, nos llenan de felicidad.

Es importante que cada vez que vemos una ley, aparece un listado de principios de la A hasta la X o hasta la Y, todo el abecedario, pero no vemos coherencia de esos principios en el articulado y en los procedimientos que siguen de ahí en adelante, preferimos menos principios, pero garantizar que esos principios, que son inamovibles, realmente estén cruzando todo el articulado de la ley. O sea que deberíamos acostumbrarnos a leer cada uno de los artículos, en función de los principios esenciales que estamos defendiendo desde la ley que se vaya a aprobar, como una cuestión de garantía.

Siglo XXI, es hora del cambio. Modificar en forma sustancial el SGSSS pasando de un sistema de competencia regulada a una estructura más armónica basada en la cooperación, la colaboración, la integralidad y solidaridad para cumplir metas sanitarias con la participación activa de todos los actores y las redes integradas de servicios de salud constituidas por prestadores públicos, privados y mixtos.

Abramos paso al cambio. Las sociedades serán mejores si nos basamos en la confianza, en la unión de esfuerzos colaborativos y solidarios y actuamos construyendo para sentir, pertenecer y cuidar de sí mismo, del otro y de la naturaleza. Esto es un cambio de paradigma, no podemos seguir bajo un modelo donde estimula la competencia entre las IPS, competencia entre EPS, competencia entre Gestores, competencia en todos los actores tratando de hundir al otro, tratando de ganar más absolutamente, porque es imposible que nosotros hablemos de redes integradas o de redes de servicios de salud, si no establecemos el principio de la colaboración, de la articulación, de la orientación de esfuerzos, de la mancomunación de esfuerzos de la sociedad, para poder lograr eso que estamos llamando resultados sanitarios. Los resultados sanitarios no se consiguen únicamente con una acción, si no hay una sinergia

de acciones, de articulación entre los diferentes actores, para lograr ese propósito en los momentos determinados.

Los recursos siguen la necesidad. Los recursos del Sistema de Salud deben ser aplicados a las necesidades de la población en los territorios y unirse con los recursos departamentales y municipales para el cumplimiento de las acciones de salud pública, gestión sanitaria y prestación de servicios. Se optaría por un modelo de atención basado en la Estrategia de atención primaria con enfoque renovado, incluyendo la gestión de riesgo y un manual de operaciones en coherencia con los postulados de la salud como derecho fundamental, los principios y valores del sistema y las necesidades de la población. Los modelos señalados deben incorporar las bases para el sistema de información, de calidad y de talento humano. Esto nos parece muy importante porque no es solamente hablar de los recursos financieros, el 70% de la fuerza que tiene el sector salud es el recurso humano y si nosotros no logramos que el recurso humano busque los objetivos sanitarios, busque alrededor de la salud pública, realmente no estaremos logrando el resultado que queremos. Tenemos que involucrar al recurso humano, a la sociedad y a la participación social, para que esos recursos financieros realmente nos rindan.

La Gestión Sanitaria descentralizada. La Gestión Sanitaria descentralizada debe seguir el territorio departamental y municipal, y aquí hay una diferencia importante con la propuesta de la ley ordinaria presentada por el Gobierno, la gestión, los Gestores que plantea el Gobierno son por área sanitaria, o sea van más allá de los departamentos, aunque hay un artículo de excepción que dice que podrá tomar unas partes en los departamentos. Nosotros consideramos, señor Ministro, que para Colombia sería deseable seguir la parte de los departamentos y los territorios, para que las Asambleas de los departamentos, los Concejos Municipales y la Veeduría ciudadana, en cada uno de los territorios, pueda seguir los recursos para que puedan cumplir sus metas.

Un modelo de salud descentralizado, basado en los territorios y en la ciudadanía, incrementaría el sentido de apropiación. Hoy no hay sentido de apropiación por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, se ve como algo por allá central, que hay que sacar de los recursos, que hay que sacar el mejor partido y hay que tratar de que el Gobierno pague todas las deudas, absolutamente todo. Me parece que hay que regresar para que en los territorios exista un sentido de apropiación y posiblemente así Salud Mía sería nuestra.

Una propuesta alternativa para el consenso. Nosotros creemos que es posible tener una gestión sanitaria alternativa, que por lo tanto la ley podría autorizar a los entes territoriales, a instituciones públicas, mixtas o privadas, para ser gestores descentralizados de Salud Mía. No se debe autorizar la repartición de excedentes o ganancias derivadas de la operación. Consideramos que los incentivos se pueden manejar, aquí el doctor Carlos Mario dio algunos ejemplos y hay muchísimos más, de tener ejemplos para que los diferentes actores vean que se puede lograr los resultados y las metas sanitarias

y por lo tanto las diferentes actividades. O sea que diríamos que los próximos meses deberíamos presentar propuestas de cómo tener incentivos que no sean solamente, yo diría que no aceptemos el tema de excedentes o ganancias, porque eso ha distorsionado el sistema en la historia pasada y que tendríamos que generar otro tipo de incentivos para cada una de las acciones.

Estos gestores serían habilitados por el Ministerio y se delegaría en las Asambleas Departamentales y en los Consejos Municipales de las áreas metropolitanas, la Constitución, las normas de funcionamiento, el procedimiento y evaluación y auditoría como ha sido el caso de la EPS mixta en el departamento de Antioquia. Tendrá la aprobación del Fondo Salud Mía y la Superintendencia y los requisitos del sector deberán ser idoneidad a recursos tecnológicos, garantía de operaciones, etcétera y patrimonio aprobado. Esto lo consideramos que puede ser algo que permita que los diferentes departamentos tengan diversidad de opciones y diversidad de propuestas que la ley permita realizar esos puntos.

Se mencionaba por ejemplo en los municipios pequeños, ellos podrían hacer pequeños consorcios o microterritorios o asociaciones de municipios, para poder manejar las redes de servicios entre esos municipios en una mejor forma, más eficiente y lograr esos efectos. Entonces la ley debería permitir ese tipo de propuestas hacia el futuro.

Acceso universal a los ciudadanos. Es necesario evitar la segmentación de la población por su capacidad de pago. Nos preocupa la separación de los regímenes entre el subsidiado y el contributivo, sabemos que la intencionalidad es que esto sea transitorio, pero nos gustaría ver que las diferentes formas permitan que el ciudadano circule entre las redes de servicios de salud públicas y privadas y que pueda tener un solo gestor, para poder manejar los territorios en una forma mucho más armónica. Colombia será un país mejor si avanzamos en una ciudadanía que tiene acceso a toda la infraestructura pública y privada, presentando solo su documento de identidad.

Con relación a las medidas de urgencia, nos parece que se recomienda y mientras se aprueba la ley ordinaria y la estatutaria, avanzar en el saneamiento financiero, en el cierre urgente de aseguradoras inviables, reglamentar la Ley 1438 de 2011, iniciar un plan de urgencia del fortalecimiento de capacidades para los entes territoriales incorporando a las instituciones de educación superior y centros de educación continua y así mismo, es inaplazable implementar un plan de emergencia para fortalecer la rectoría del nivel central y de los entes territoriales. Nosotros creemos que los entes territoriales pueden hacer muchísimo más en la organización de los servicios, en la habilitación de los servicios, pueden hacer muchísimo más por la salud pública y que deben trabajar en forma unida y mancomunada con las entidades gestoras que se creen.

Actuar en el presente con la visión del mañana genera seguridad y confianza para el futuro de Salud Mía. Y por último, reconocemos en el fondo único de Salud Mía es un avance que protege al Sistema de la intermediación financiera. Debe tenerse en cuenta que si se aprueba la intermediación a tra-

vés de entes públicos, mixtos o privados en el nivel territorial estos deben ser solo administradores de recursos y no aseguradores y por lo tanto su pago debe restringirse a los gastos administrativos con incentivos para el gestor y los prestadores, o sea reconocemos que podemos tener incentivos, pero que esos incentivos como se ha hablado aquí, se miren tanto para el Gestor como para los prestadores. Por ejemplo, si los médicos no van hacia territorios muy lejanos, pues que existan incentivos para que los médicos y los profesionales de la salud tengan un mejor pago para poder llegar a esas zonas alejadas.

El mayor incentivo de administradores, profesionales y técnicos del sector salud debe ser abrir su corazón y su sentimiento para cuidar mi salud, tu salud y la nuestra, porque todos juntos construiremos una nueva ética social para el sistema. Creo que estamos en mora de trabajar el tema de la ética, de una nueva cultura de salud y de una nueva forma de pensamiento de las diferentes relaciones entre los actores, porque no hay relaciones de confianza entre los actores y lo principal es generar acciones de confianza, o sea generar que haya sinergia entre cada uno de ellos y que las relaciones sean transparentes para poder modificar el sistema.

Hacer un trabajo, un trabajo digno de organizaciones humanas, con relación a los contratos de los profesionales, el talento humano en salud es la fuente del cambio, cuidemos su autoestima, su confianza y su sentido de pertenencia, para una nueva sociedad más justa y equitativa, en la que él y su familia progresa y disfruta, si no modificamos las condiciones laborales en el sector salud, va a ser muy difícil generar sentido de pertenencia y por lo tanto, cualquier norma, cualquier ley, cualquier intencionalidad, va a fracasar en las manos de cada una de las personas. Por lo tanto hay que mirar estos aspectos sobre el trabajo digno y la formación de recursos humanos. Y un salto cuantitativo hacia un nuevo contrato social, que sea revisar todas las formas de contratación y eliminar al máximo el sentido de facturación por acto, procedimientos e intervenciones a todos los niveles dejando esta modalidad para lo excepcional y avanzar hacia sistemas de contratos de gestión por conjunto de prestaciones por riesgo y con resultados de proceso y finales, disminuyendo costos de transacción que no agregan valor a la atención.

Los seres humanos trabajamos para organizaciones según sea nuestro sentido de ser y hacer, las formas de contratación y el trato diario, si no cambiamos las formas de contratación que tenemos actualmente, va a ser muy difícil que modifiquemos el sistema. Es tiempo de valorar la capacidad de innovación del talento humano, para que surjan nuevas formas de organización, ligadas al cuidado integral de la salud y a la protección de la vida.

Y aquí colocamos los diez inaceptables, que muchos de ellos han sido discutidos, no los voy a repetir, me parece que son puntos que se han ido discutiendo y algunos se han ido resolviendo a medida que se ha dado la discusión y nos parece que con esas contribuciones, si se tienen en cuenta, podría haber una ley de consenso y de pacto nacional. Muchísimas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

A usted muchas gracias. Este proceso de construcción colectiva de esta ley. Vamos a pedirles a los participantes que nos ajustemos a los diez minutos, para que tengamos la oportunidad de escucharnos todos. ¿Quién sigue, señor Secretario?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

Interviene el doctor Marco Aurelio Sosa Giraldo y se prepara, con una intervención a nombre de Asmedas, el doctor Germán Enrique Reyes Forero. De igual manera el doctor Esteban Zárate Durier, también está inscrito a nombre de Asmedas. La Mesa Directiva toma la decisión de que es una intervención para Asmedas o comparten los diez minutos o interviene uno de los dos. Entonces interviene el doctor Marco Aurelio Sosa.

**Doctor Marco Aurelio Sosa Giraldo, representante Universidad San Martín:**

Buenas tardes a todos. Como diez minutos es muy poquito tiempo, me voy a ahorrar el saludo que ya todos hicieron, vamos a entrar de una vez en materia. La Universidad San Martín, en la facultad de medicina nos dimos a la tarea de revisar los dos proyectos de ley y tratar de hacer una mezcla de ambos. Ese documento lo enviamos el viernes cuando estuvimos en Bogotá, yo creo que ya está en la Secretaría del Senado y lo enviaré a todas las personas que estuvieran aquí si tuviera todos los correos, no tengo ningún problema en compartir esa información. Parte de lo que hicieron fue coger los dos proyectos, lo que habíamos hecho ya en la Mesa Antioquia y los aportes, que como facultad de medicina considerábamos importantes.

Lo primero es que tratamos de definir que cualquier proyecto de ley basado en un documento de Maquince, del año 2008 al 2011, Maquince produce siete documentos referenciados al sector salud, sistema de salud del mundo, que yo resumí cuatro elementos claves que son gobernanza, gestión del riesgo, producción y demanda de servicios. Maquince los trabaja siete, de los cuales a la gobernanza le dedica uno, a la gestión del riesgo otro, a la producción le dedica tres y a la demanda le dedica dos principios universales. Es un documento fácil de bajar y que sería de recomendación para todo el mundo leerlo.

En el campo de la gobernanza, la duda es centralizado o descentralizado, la idea es una buena mezcla, ¿qué se centraliza?, ¿qué se descentraliza?, se descentraliza pues lo que se quiere hacer, lo que se hace a través de Minsalud y Salud Mía, la Supersalud y el Consejo Nacional de Seguridad Social; creemos que es necesario hablar de los consejos nacionales de seguridad social, como un mecanismo rector del sistema y no dejarlo exclusivamente en el campo de Minsalud, Supersalud.

Y lógicamente Salud Mía, con un concepto claro de concentración de recursos para el sector. El campo descentralizado tiene que haber unos consejos territoriales ajustados a las áreas de gestión de salud, ese el cambio de la Ley 100 a esta nueva ley, no es limitado al espacio territorio municipio, sino a las áreas de gestión que creemos que deben ser superiores a un municipio, no necesariamente depar-

tamentales y que obedezcan a unos criterios básicos del concepto territorio población.

El territorio está definido, pues lógicamente por el espacio geográfico que ocupa una población, culturalmente representada así mismo. Puede que Urabá sea un territorio, puede que el sur, el área cafetera, la zona cafetera del departamento o del país sea otra zona, pero creemos que las áreas de gestión deben tener esa condición de ser espacios territorios, que no se reconozcan entre sí. En ese orden de ideas no creemos que sean doce, creemos que son muchas más las áreas de gestión sanitaria o los territorios, y cada uno de ellos en los procesos de gobernanza, coordinado y dirigido a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

La función de estos Consejos, si están representados los cuatro grandes actores: Prestadores, Gestores, Estado, a través de las direcciones locales de salud y los usuarios, además de los organismos que tienen que hacer vigilancia y control, Procuraduría y todas las demás, podrían definir un nuevo paquete de servicios de salud, ajustado a las necesidades del territorio, que es más adelante lo que vamos a desarrollar.

En la gestión del riesgo en salud creemos que hay dos conceptos: de la gestión económica y la gestión de la carga de enfermedad. Creemos que la gestión económica, el hecho de que haya una Salud Mía que concentra los recursos y haya un Mi Plan, ayuda a definir un plan de beneficios y un costo en la producción de servicios de salud, una tarifa a la cual está dispuesta a pagar el Estado. Creo que eso se tiene que avanzar, lastimosamente no hay tarifa y yo me hago dos preguntas: hoy, hablando con gerentes amigos míos, dicen: contrato a tarifas ISS 2000 más el 10, y yo digo: cómo hacen ustedes para contratar lo que hace trece años contrataban. Porque o en el 2000 la tarifa era muy cara u hoy están relegando el servicio. Pero no es lógico que yo trece años más tarde siga contratando en una tarifa vieja. ¿Entonces qué tarifas estoy contratando?, es una pregunta que uno tendría que hacerle al sistema, y segunda pregunta que le hice a algunos: ¿Cuánto es la glosa susceptible de no cobrar?, y hay gente que le dice el 10, el 15% de glosa susceptible a no cobrar. O sea que yo facturo más de lo que realmente voy a cobrar, porque ya tengo de entrada, puedo perder el 10 o el 15%. Alguien que fue interventor me decía: hay hospitales que cargan un mes más de la hospitalización en la factura, o sea de una vez le cargamos un sobre costo, porque como la tarifa es mala, hay que buscar cómo aliviar ese gajo de la contratación.

Creo que el país tiene que avanzar a una real contratación, a precios reales en todo sentido, no solamente en el medicamento sino en todo, porque si no, no hay claridad en el sistema, cada cual jugará a cualquier cosa.

Creemos que tienen que haber incentivos en todos los actores, hay derrame de incentivos, eso está escrito y no lo digo yo, lo dice gente que sabe mucho más; si usted concentra los incentivos en un solo prestador o en el prestador o en el Gestor, hay un riesgo a la perversión, a que esa persona maltrate a los otros actores del sistema. Hay formas en que se puede demostrar que si usted derrama los incentivos, aun al usuario, hacen mejor uso del servicio.

Ejemplos son claros cuando usted compra un seguro de vehículo, si usted no se accidenta la prima le baja, o sea por qué no hacemos, si hay buena gestión de la salud del individuo, no porque no haya consumido, sino porque haya mantenido sus buenos niveles de salud, porque a esa persona le cobran copagos, cuotas moderadoras, no debería ser esa persona exenta de algunos cobros cuando está haciendo un buen uso del servicio y está manteniendo el estado de salud.

Entonces hay que buscar que los incentivos bajen a todos los niveles de la cadena de la prestación de servicios de salud, incluye al Estado, las Gestoras, los prestadores y las personas.

En cuanto a la gestión de la carga de enfermedad, creemos que es posible pensar en empresas gestoras de servicios de salud, que tienen dos funciones: ejercer la gestión económica y la gestión del riesgo, pero tiene que trabajar en áreas de gestión territorio población. Y en cada área de gestión es posible que haya varias gestoras y en cada área de gestión es posible que hayan diferentes redes integradas de servicios de salud, pero cada red integrada de servicio de salud tiene un espacio de población por definir. Me explico: si en el área metropolitana fuera un área de gestión y tuviera dos millones, tres millones de habitantes, puede que el norte del área metropolitana sea un área de una RISS, el centro otra, o la comuna nororiental otra, y el sur otra, aquí podrían haber cuatro o cinco RISS fácilmente, siendo solo todas como un área de gestión y tienen diferentes empresas gestoras de servicios de salud. O sea que no equivalente a las empresas gestoras, áreas de gestión y RISS, cada una tendrá un espacio territorial, propiamente definido y un plan de beneficios propiamente definido. ¿Por qué?, porque es lo que ayuda a que se pueda hacer la real gestión del riesgo en salud, el mejoramiento de los estados de salud de la población y manejar los posibles incentivos que se puedan cargar a cada una de esas RISS y a la Gestora.

Creemos, el término de la 1438 y los documentos de OPS dicen RISS, Redes Integradas de Servicios de Salud, pero como estamos hablando de sistemas de salud y de sistemas de prestación de servicios de salud, lastimosamente hay unas empresas que son servicios de salud, pero no son IPS, de ahí que nace la necesidad de crear el término como redes integradas de prestadores de servicios de salud. Me explico: ahí hay un eje que trabaja población con discapacidad, que prestan servicios de salud pero no son IPS, no podrían estar cobijadas bajo esta nueva legislación.

Hay empresas que trabajan población como alcoholicos anónimos, que trabajan servicios de salud, mejoran estados de salud de su población pero nunca son IPS. Entonces es necesario decir que estas son redes integradas de prestadores y no de servicios de salud, que tiene que tener como tres elementos claves: es que tiene que cubrir toda la población. Hay una cosa que yo todavía no entiendo en el proyecto de ley y que yo creo que debería ser ya superado: si la UPC se igualó y si toda la plata llega al mismo sistema, ¿Por qué diferencio yo la población?, si yo estoy parado en la red integrada de prestadores de servicios de salud, vuelvo y repito, como

si fuera el norte del Valle de Aburra, allá puedo ir a atender, tendría que atender tanto población que tiene un subsidio como la que contribuye, por lo tanto lo que tengo que definir es no la población, sino la fuente y lo que tiene que hacer Salud Mía es definir; ya tiene definidas las fuentes, tiene que definir los usos y hay tres usos básicamente: uno que se llama aseguramiento, otro que se llama salud pública y un tercer uso que es lo que llamábamos antes ECAT, las enfermedades catastróficas y los accidentes de tránsito. Es necesario definir esos usos para que la gente sepa de dónde procede la plática y cómo la va a gastar.

En ese caso deben haber grupos de servicios también subsidiados. Definitivamente hay servicios que no les dan ningún modelo de contratación, porque no hay suficiente volumen de trabajo para que el servicio sea económicamente... como un derecho a la salud mantener el servicio. En ese orden de ideas tiene que haber un paquete de servicios subsidiados, que sale de una subcuenta, llamado uso subcuenta de salud pública.

La demanda de servicios de salud, tiene que haber dos elementos claves: la población tiene que estar representada en la gestión y coordinación, por eso revivir los consejos territoriales de seguridad social en los dos órdenes; en el orden territorial, en las áreas de gestión y en el orden nacional, como Consejo Nacional de Territorialidad de Seguridad Social en Salud; y segundo, trabajar un concepto claro que hoy se desarrolla en cualquier parte del mundo que trae sistemas de salud: es crear y fortalecer la red de apoyo social, que es una forma de mejorar los estados de salud de la población desmedicalizadamente y eso hay que hacerlo, porque o si no el costo es muy alto.

La necesidad de integrar las redes integradas de servicios de salud, con las redes de apoyo social para mejorar el estado de salud de la población es necesario, si eso no se trabaja, va a ser muy difícil que se puedan mejorar otros elementos de salud pública, que estoy totalmente de acuerdo con el doctor Julián, son once funciones esenciales de salud pública y no promoción y prevención, que es un pedacito de una. Eso hay que trabajarlo todo, todos los determinantes sociales están por fuera del sector salud, pero hay que integrar y no quedarnos en un modelo de hablar de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en la historia natural de la enfermedad.

No es más, muchas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Bueno a usted. Gracias por haberse ajustado al tiempo. ¿Quién sigue, Secretario?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

A nombre de Asmedas, interviene el doctor Esteban Zárate Durier y se prepara el doctor Víctor Eliécer Bula Gutiérrez, a nombre de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Caldas, una ponencia titulada: Participación Ciudadana Vinculantes. Tiene la palabra el doctor Zárate Durier también está inscrito a nombre de Asmedas.

**Doctor Esteban Zárate Durier, a nombre de Asmedas:**

Buenas noches. Veá, es muy llamativo y hago la llamada de atención muy cordial a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, de Senado también...

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Esta es del Senado.

**Doctor Esteban Zárate Durier, a nombre de Asmedas:**

Gracias por la aclaración, del Senado. Aquí han hablado los sectores administrativos, sectores académicos y sectores políticos, pero quiero yo hacer el intento de hablar en nombre de la comunidad, del sector social y de sector sindical. Soy Esteban Zárate, trabajo... y vengo a hacer el intento de por lo menos hacer mínima presencia del sector social.

Vengo en nombre de la Escuela de Formación Política en Salud y Seguridad Social, recientemente inaugurada en la Asociación Médica de Antioquia, de la Mesa Intersectorial de Salud, allí confluyen sectores comunitarios, Copaco, sectores sociales interesados en el tema de la salud y aquí tenemos una visión de lo que es propiamente la Asociación Médica de Antioquia, con varios de sus miembros de la junta directiva participan en él.

Me quiero referir rápidamente, porque es que mucho de lo que han hablado ya, creo que no justifica volverlo a repetir. La Alianza Nacional por Nuevo Modelo de Salud, ANSA, a la cual Alianza, varios de los que me han antecedido, conozco que hacen parte de él, pero que me llama la atención también que no lo han hecho visible ante la comunidad aquí, se origina a raíz del debate alrededor de la salud, de la más de millón y pico de tuteladas que generó la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional en el año 2008, de ahí salen una serie de organizaciones que constituyen el movimiento social, entre ellos los que se organizaron alrededor de los decretos de emergencia social en el 2010 y desde entonces vienen configurándose redes sociales, comunitarias y sindicales, que junto con partidos políticos de distintas tendencias, académicos, asociaciones de usuarios, entre ellos los de alto costo, aquí hay una representante de Fundayama, que me parece que es menester hacerla oír o dejarla oír, y las asociaciones de médicos, junto con el Ministerio, con el movimiento nacional de la salud pública, vienen generando desde hace dos años el proyecto de ley con esfuerzo desde la comunidad, el Proyecto de Ley Estatutaria número 105 de 2012 y el Proyecto de ley ordinario número 233 de 2013.

Yo no voy a referirme a las críticas, al plan, al proyecto de ley de origen gubernamental, sino básicamente a llamar la atención sobre el punto uno y el punto tres. Primero las causas estructurales no han sido resueltas, indudablemente aquí hay un problema grave, porque el modelo neoliberal, el modelo economicista, continúa siendo el pan que determina el proyecto de ley de origen gubernamental; se mantiene la costosa intermediación, hay un golpe artero contra la acción de tutela y los invito a que lean el artículo cuarto, literal X, del proyecto de ley y van a ver que de fondo tienen una gran amenaza contra

la acción de tutela, al amenazar a los jueces para no separarse del proyecto de ley. Juez que acceda a una tutela por encima de la ley, del proyecto de ley en este caso, del 210 de origen gubernamental, queda sujeto a ser penalizado e inclusive sancionado económicamente.

El otro tema excluye la participación social autónoma. Aquí simplemente es participación que depende, que tiene que estar inscrita en una Cámara de Comercio. Entrar uno a una Cámara de Comercio le cuesta un platal. Las organizaciones sociales ni comunitarias tienen posibilidades económicas de pagar todo ese platal en la Cámara de Comercio, no hay ninguna, ya otros se habían referido, ninguna referencia de trabajo decente. El trabajo decente hoy está vuelto básicamente en falsos sindicatos, que anteriormente fueron falsas cooperativas y no hay ningún poder legal, ni jurídico, que obligue a las EPS y las IPS en este caso, a que verdaderamente cojan el derecho a un trabajo decente, como debe ser.

¿Qué es lo que planteamos?, sistema único descentralizado de seguridad social en salud, como Asmedas, como la ANSA. Atención integral en salud sin planes de beneficios ni regímenes excluyentes. La eliminación de la costosa y corrupta intermediación financiera, eliminación definitiva y Salud Mía es intermediación, las Gestoras son intermediaciones, por eso estamos en desacuerdo con varios compañeros que me han antecedido, en el sentido de que continúan pensando en el modelo de Ley 100. El carácter de los hospitales son solo públicos y destinados solo a salud y una participación ciudadana amplia. Lo que hay ahí, en el proyecto de ley, no es participación ciudadana, es una participación condicionada a la institucionalidad.

Aquí se paró esto. Ya, ¿se dañó?, no me da más. ¿Me callaron?

Este es el comparativo entre el proyecto de ley inicial social, cuya concepción de la salud en el tema de la comunidad, en el tema de la ANSA, es que esa es la anterior, eso.

Es que la salud es un derecho fundamental, el acceso a los servicios solo con la cédula y en el lugar donde reside, trabaja o cerca de él, solo con la cédula. La financiación es por impuestos generales, el destino de los recursos de salud solo a la salud, allá no le ponen cortapisas al convertir los dineros públicos en privados, simplemente hay más posibilidades de que compren canchas de golf, etcétera.

Prioriza la EPS, con lo cual estamos muy de acuerdo con varios que me antecedieron, el Estado garantiza y tiene un papel central y el papel del Estado es decidir, controlar y orientación política del sistema general de seguridad social, con participación ciudadana amplia, no es solo el sector académico, ni el sector político, es también el sector comunitario, el sector ciudadano, el sector obviamente de los médicos que también están ahí.

Este es un momento de verdad que vamos a ver, que estamos rompiendo con el modelo actual de mercado y propiciando un Estado Social de Bienestar y la salud como derecho fundamental.

Segundo, la profundización de la acción de tutela y la determinación de la autonomía de los jueces.

La descentralización política administrativa y de control, y la participación social amplia con conocimientos y capacidad de actuar. Solo se logra eso, es a través de la movilización social, quienes no estamos de acuerdo con el proyecto de ley de origen gubernamental, o que finalmente no vaya a pasar lo que ha pasado en otros espacios, con todo respeto lo digo, la CRES en otras audiencias públicas, que quedaron constancias nuestras, quedaron constancias, pero nunca aparecieron en la ley. Muchas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

A usted. Continuamos con la doctora Paola Pérez de Gestarsalud, ¿sí?

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

La doctora Paola Pérez de Gestarsalud y se prepara el doctor Esteban Zárate Durier, ya intervino, el doctor Víctor Eliécer Bula Gutiérrez, a nombre de la Facultad Nacional de Salud, Universidad de Antioquia Seccional Caldas y se prepara la doctora Paola Pérez, de Gestarsalud.

**Doctor Víctor Eliécer Bula Gutiérrez, a nombre de la Facultad Nacional de Salud, Universidad de Antioquia Seccional Caldas:**

Bueno, muchas gracias por el espacio al Senado, a las otras instituciones que convocaron. Quiero aclarar pues de que soy egresado de la Universidad de Antioquia, hago parte del centro de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública, soy integrante del grupo de atención primaria en salud de Antioquia, somos también integrantes de la Mesa de Salud de Antioquia y parte del Nodo regional de la Alianza Nacional por la transformación del Modelo de Salud ANSA y realmente voy a hablar como ciudadano participante.

Quiero resaltar un solo aspecto, pues quiero centrarme en el tema de que todos estos movimientos estamos trabajando por una participación social ciudadana y comunitaria vinculante en el nuevo modelo de salud en Colombia, porque creemos que el Estado Social de Derecho, pues que se generó en la Constitución, hay unos artículos fundamentales que no se han desarrollado en toda su magnitud, como es el artículo segundo, en donde la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política y administrativa y cultural de la Nación, tiene que ser una realidad para la democracia y sobre todo para la democracia participativa. Y en cuanto a salud, en el artículo 49 está bien claro, que de los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Queremos que esa participación de la comunidad sea vinculante, sea con poder, realmente sea tenida en cuenta.

Aquí hay otros artículos donde se garantiza, se constituye el mecanismo, hay formas y sistema de participación y el municipio tiene que promover esa participación comunitaria. Quiero, digamos, detenerme en este elemento que yo creo que es esencial para la lucha política que estamos viviendo. Esta Constitución con estos artículos de participación, abrió dos visiones que quedaron en la Constitución: una inspirada en el funcionamiento del mercado y

otra de garantía de derechos desde los movimientos sociales, con confrontaciones estratégicas, principios y valores diferentes para el sistema democrático. O sea, toda la historia para poder que hubiera una mayor participación, se logró precisar, pero sin embargo esas dos visiones: la de mercado, le abrió también a nombre incluso de la misma participación social, en aras de interés público e impulsar un proceso de privatización de las empresas estatales y eso es claro, porque eso está ocurriendo en este momento concreto del mismo desarrollo del sistema general de seguridad social; y los movimientos sociales reclamaban la garantía desde el Estado, del goce efectivo de los derechos a la salud. Pero esas dos visiones, reclaman la participación de la sociedad civil: comunidad, empresas, en la apropiación de las políticas públicas, en propiedad de empresas, delegación de funciones estatales, participación en la toma de decisiones, entre otros, y tanto la del mercado como la comunitaria, pues critican la politiquería y por eso, digamos, justifican y critican la reducción del Estado.

Sin embargo, en el proceso de pasar de esa democracia representativa a la democracia participativa, que estábamos exigiendo desde los años 70, en los actuales desarrollos del sistema la disputa entre la visión promercado y la visión de las organizaciones sociales en la participación comunitaria para el goce de esos derechos, han prevalecido las fuerzas que abogan por el criterio del mercado, incluso, lo repito, por el concepto de participación social: los empresarios asumieron ese concepto, lo saben utilizar en forma brillante, muy inteligente y son capaces de construir alianzas públicas entre las empresas privadas de interés particular, con empresas públicas para generar empresas que privatizan los recursos públicos, en empresas de interés particular, en empresas de ganancias privadas, en empresas de utilidades particulares. O sea, se privatizan los recursos públicos con empresas de sociedades anónimas y otro tipo de empresas.

¿Qué ha pasado pues en este proceso?, se institucionalizó esa participación con el Decreto 1757, que muchos de ustedes conocen, en donde la participación social es ciudadana, comunitaria y en las instituciones de salud, y se han creado una variedad de leyes y de espacios, escenarios, en esas leyes, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con la Ley 100, que fue derogado, como la Comisión de Regulación de la Salud, que fue suprimida por Decreto, que había una cierta participación de los usuarios y generó una participación a nivel nacional en algunos aspectos e incluso el tema del defensor del usuario, que no ha sido reglamentado en este momento con el Proyecto de ley número 210 se pretende derogar. O sea, que de los pocos espacios en donde había cierto poder de incidir, de decisión, son suprimidos, son derogados, son negados realmente. Hay otro montón pues de espacios que conocen ustedes más, han hablado mucho de los Consejos Territoriales, bueno, de los Copaco, de las Alianzas, Ligas, Asociaciones de Usuarios, de los Comités de Ética, de las veedurías ciudadanas, pero la participación en esos espacios es simplemente de consulta en el diagnóstico, se consulta incluso para la formulación de la política, pero a esos espacios

no se convocan al seguimiento y a la implementación de esas mismas políticas públicas. O sea no se toman decisiones desde los ciudadanos, desde los intereses de los ciudadanos, la veeduría y control social de la calidad de los servicios, realmente no hay una capacitación, no se tienen recursos, no hay capacidad técnica para hacer una veeduría y un control social de calidad, que realmente incida en el mejoramiento y en el control.

Y hay alguna participación en la ejecución de algunos programas y proyectos, eso es indudable en algunas políticas públicas, pero en general lo que quiero destacar es que realmente no hay una voluntad política de ceder poder en la toma de decisiones, de las estructuras participativas de las comunidades de los ciudadanos; es en esencia, cierto, es lo que realmente es la lucha política que se está librando en el sector de la salud. Hay muchas limitaciones en esos escenarios, pues están dispersos, fragmentados, corporativos y eso pues cambia y vulnera el sentido democrático de la participación. Eso es lo que ha generado en que haya una gran frustración cuando no se tienen en cuenta realmente los planteamientos, las necesidades, las propuestas de las comunidades, de los profesionales, de los trabajadores. La frustración ciudadana entonces genera, digamos, la desesperanza y nadie quiere participar, por eso son tan pobres, tan débiles, todos esos escenarios, todos esos espacios de participación y hay otras condiciones pues que lo limitan como la lucha armada, aunque hay experiencias muy exitosas como las veedurías ciudadanas de las grandes capitales, pero sobre todo a los planes de desarrollo municipal, que tienen cierto éxito y cierta capacidad.

La participación ciudadana en salud se centra en el derecho del individuo al acceso de los servicios para atender la enfermedad, se ubica en cada institución de salud en las oficinas de la atención al usuario, en los buzones de sugerencias, quejas y reclamos, pero como ustedes saben esa participación ciudadana individual se apoya es en la acción de tutela, como ya lo han dicho muchos en derechos de petición, en demandas jurídicas, para lograr pues los servicios. Pero hay un concepto ideológico que hay que desentrañar, que alguno de los viceministros lo desentrañaba de Mi Salud, no se habla de nuestra salud, de la salud que construimos entre todos, cierto. Entonces el concepto ideológico tiene que quedar claro, para las propuestas como la del 210, en donde digamos el concepto individual de la salud se reclama.

Esa participación social individual de Mi Salud, es precisamente la participación individual con enfoque en función del mercado, de la libre elección de los proveedores y aseguradores, la expresión de las satisfacciones y el descontento de los sistemas de salud, en un sistema que se basa en la competencia. Entonces es necesario pues, que los usuarios individualmente protesten, se pasen de un lado para otro, para mostrar que hay competencias y que se puede mejorar la calidad con esa competencia.

Este enfoque interpreta la participación como un mecanismo de mejoramiento del Sector de la Salud, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora, simplemente de la calidad, la efectividad y la opor-

tunidad de los servicios y en algunos momentos como del uso eficiente de los servicios.

También hay limitaciones en la participación colectiva, en la participación comunitaria, porque todas esas formas de participación, de asociaciones, de comités, de Copaco, cierto, cooptadas, captadas por grupos políticos y casi siempre direccionadas por los gobiernos de turno que imponen sus modelos, por la falta de capacidad pues de estas organizaciones para realmente incidir. Eso es otra desmotivación de los dirigentes comunitarios y por eso es la apatía, como decía ANSA.

Es general el problema político, es que no se asumen las comunidades, la ciudadanía organizada como actores de decisión, o sea como sujetos políticos. Finalmente, las decisiones son tomadas por los agentes políticos y son pocos los escenarios de participación que logran incidir en esas decisiones. Ahí está claramente definido el proyecto autoritario, pues que se desarrolló en los otros años anteriores y que tenemos que cuestionar de fondo.

Hay unas limitaciones organizacionales, logísticas de todos estos escenarios y espacios de participación comunitaria y esa participación se ha reducido a la colaboración en la ejecución de programas previamente definidos por las estructuras técnicas de las instituciones del Estado.

Bueno, ahora el Proyecto de ley número 210 de reforma. Para referirme a este punto específico, lo relaciona como un principio la participación, pero no desarrolla un solo artículo para definir el alcance de esa participación, antes elimina el defensor del usuario, se han suprimido el Consejo Nacional de Seguridad Social, se suprimió por decreto la CRES y esos organismos ni se retoman, ni dicen por qué realmente, ni en las mismas exposiciones de motivos, por qué se elimina y por qué no se retoma ese mandato constitucional de la participación de los ciudadanos, pues en la toma de las decisiones, en este caso en el tema de salud.

Estoy de acuerdo con todos los compañeros, pues de la ANSA y de otros movimientos, que han planteado que lo único que realmente puede lograr un avance significativo en una transformación del modelo es que haya una movilización social amplia, que aporte a la democracia participativa y a los procesos de descentralización, ¿pero eso quién lo va a hacer?, van a hacerlo movimientos sociales autónomos, independientes, que trabajan en redes por la transformación del modelo, por una reforma estructural del sistema, ubicado pues en el derecho fundamental a la salud. Por eso es clave fundamental que esa movilización participe como se está haciendo, en todas las regiones, en las leyes o en los debates de las leyes, tanto estatutaria como de reforma ordinaria.

Esos movimientos hay que consolidarlos y el planteamiento final es que estamos trabajando con el Proyecto de ley número 233 de cambio de modelo, apoyado por la Alianza, por la Comisión de Seguimiento T-760, por los movimientos regionales que hay, la Mesa Antioquia, el Observatorio de Salud, otros, y pues vengo en cierta forma también representando una posición, un movimiento social

en Caldas que se está fortaleciendo, lo mismo que en otras partes del país.

En concreto, queremos resaltar de ese Proyecto de ley número 233, la necesidad de concientizar y trabajar por cómo concretamos esa participación vinculante, o sea una participación estructurada, con capacidad de toma de decisiones, de incidir, con poder y aquí lo plantea el Proyecto de ley número 233, que es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y en el control de los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la población. Entonces queremos darle fuerza a eso, porque no tenemos otra oportunidad de construcción colectiva de ese modelo como lo está planteando el Senado, de ese cambio cultural del negocio de la enfermedad, a la producción social de la salud y el buen vivir, para eso tenemos que impulsar las estrategias de atención primaria en salud, con su componente de participación social, ciudadana y comunitaria, trabajar por los determinantes, por la intersectorialidad y la articulación interinstitucional y una concertación de actores que se tiene que concretar.

Ya para terminar, todo ese espacio se tiene que concretar en que tenemos que recuperar en la movilización social el que realmente se estructure un instrumento de participación y de concertación de todos los actores: públicos, privados, comunitarios, los profesionales, los públicos y privados, en ese Consejo Nacional de Seguridad Social, como un espacio realmente de deliberar pues los temas centrales, de concertarlos y de tomar decisiones en ellos. Pero eso que se decida en ese Consejo Nacional, realmente se distribuyan el poder y los recursos en una forma organizada a los Consejos Territoriales y que esos Consejos Territoriales de Seguridad Social tengan de verdad poder de decisión en los territorios, como ejercicio de la descentralización y donde cada uno de los actores representados en los Consejos, estén respaldados por estructuras democráticas, legítimas, cierto, no por cualquiera que esté allá.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Muchas gracias doctor.

**Doctor Víctor Eliécer Bula Gutiérrez, a nombre de la Facultad Nacional de Salud, Universidad de Antioquia Seccional Caldas:**

Sí, bueno muchas gracias a ustedes y ese era el mensaje de la 233.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Le apreciamos de verdad a todos estar atentos al tiempo, para que podamos hacerlo efectivo y contundente. Sigue la doctora Paola Pérez y se prepara el doctor Carlos. Está actuando en representación del doctor Carlos, su posición personal como médico. Viceministro de Salud.

**Doctor Carlos Ignacio Cuervo:**

Muy buenas tardes a todas y todos, bienvenidos las y los honorables Senadores a nuestro departamento. Estamos muy complacidos de contar con su presencia, bienvenido este espacio de reflexión que

promueve la Comisión Séptima, siempre es sano discutir y creo que será una eterna discusión de cuál es el mejor modelo que atiende a la materialización de un derecho fundamental, que afortunadamente se viene consolidando, así sea desde el punto de vista formal dentro de los colombianos. Coincido con el doctor Carlos Mario Ramírez que no tengamos miedo en colocar en la ley ordinaria, en la estatutaria que se trate de un derecho fundamental, si el día de mañana en la misma Constitución podemos colocar que la salud es un derecho fundamental en el título tercero y capítulos cuartos, etcétera, bienvenido. Solo ocurre en el caso de los niños, si ustedes leen el artículo 44 de la Constitución Nacional, que establece que son derechos fundamentales de los niños la educación, la salud, la vida, etcétera. No le tengamos miedo porque cuando se avanza en lo formal, efectivamente el derecho se garantiza por parte del Estado y hay una serie de consecuencias de orden jurídico, presupuestal, procedimental, que ayudan mucho a que se priorice el derecho fundamental de los colombianos.

En esta audiencia pública no voy a entrar, si el tiempo es el más adecuado de cara a unas elecciones que se vienen el próximo año y dado digamos la temporalidad que tiene la necesidad de que se aprueben inmediatamente estas normas, si eso de manera ayuda a que de manera objetiva se puedan revisar estos temas. Pero creo que debemos es aprovechar estos espacios para que de manera serena y objetiva lo podamos hacer. Doctora Claudia Wilches, a quien le agradecemos pues que se haya desplazado a conocer estas inquietudes.

Aquí solamente agregaría el *in dubio pro patico*, busque efectivamente cuál podría ser el latinazgo del paciente y me encontré el de patrio, entre otros. Casualmente el diccionario lo señala como la palabra el que padece y aquí el llamado es a que cualquier duda que se presente en la regulación y en la legislación, pues podamos efectivamente, así como hacemos en el derecho preveñar, que cualquier duda debe favorecer es al reo, doctor Jorge Ballesteros, pues aquí cualquier duda, usted como médico, ojalá sea a favor del paciente, del patio.

Somos defensores del seguro público, sin desconocer que hay realidades, ciertas realidades en términos de mercado, realidades geográficas, culturales, sociopolíticas, de un Estado diverso y como el que tiene Colombia, y efectivamente allí la Ley 1122, la 1438 en su momento, y hoy igualmente el proyecto de ley recoge esas diferencias para poder entonces con subsidios de oferta poder llegar a garantizar los modelos diferenciales y especiales de esas regiones, yo creo que es bienvenido. Pero el seguro público de salud, yo particularmente creo que es un gran avance en materia de los derechos sociales; el contar con un instrumento que le garantice que el gasto de bolsillo se va a mantener cercado al 10%, como dice, que esas coberturas que fueron importantes, no obstante con las dificultades en accesibilidad y en calidad y en oportunidad, integralidad, son cuestiones de tiempo; además está la Ley 100 del 93, pues yo creo que plantea, si miramos con otros países, como lo ha dicho el Ministro en sus intervenciones, plantea que aceleradamente nosotros hemos avanzado en términos de este seguro

público de salud, particularmente creo que le ha generado eficiencia al sector, con todas las dificultades que hoy se han presentado. Y hago, me gusta mucho esta reflexión académica que hago, con el contrato de seguros en términos de aseguramiento, porque qué sería de tantos colombianos hoy, que han recibido servicios, cómo estaría afectado su patrimonio dependiendo de la complejidad y la atención que hayan recibido, si tuvieran que sufragar con gastos de bolsillo de su propio patrimonio y no tuviese un seguro público, por eso ese tema de cómo evita el aseguramiento que los colombianos nos empobrecamos cada vez más, en el momento en que nosotros o nuestras familias tengamos un evento en salud, creo que es importante resaltarlo. Eso es un gran logro y por eso hoy pues está establecido en términos de que una prima se le paga a una administradora de riesgos profesionales o a una empresa promotora de salud, dependiendo si es riesgo laboral o riesgo común, para que esta se encargue de un siniestro en el momento en que se materialice ese riesgo y que hoy está en un contenido explícito de coberturas, determinado el plan obligatorio de salud.

Y mi preocupación, indudablemente se trata más de la sostenibilidad. Yo creo que el Ministro, es importante esta aclaración de cómo se va a garantizar la sostenibilidad y se va a evitar un desbordamiento fiscal, en la medida de pasar, de una medida que indudablemente favorece al paciente y bienvenida, la celebramos, pasar de un POS explícito a un plan de beneficios, que tiene unas excepciones que no están contempladas de orden estético, que no tengan evidencia, etcétera, me parece que es un gran avance. Pero el tema de cómo garantizar la sostenibilidad, porque si la lógica es un modelo actuarial, que debe garantizarse un cierre económico, pues indudable que yo tengo que tener muy claro cuáles van a ser mis frecuencias y los costos, en este sentido. Para poder determinar cuál es la prima.

Hay un gran avance en términos de bonificación de esos recursos en un fondo único, bienvenido también, pero ese fondo único es limitado y es limitación, ese techo financiero, pues indudablemente también debe tenerse en cuenta en el momento de tenerlo y creo que la regulación ahí tendrá que ser muy clara, a efectos entonces de que no se desborde el modelo, cuando yo no tengo claro cuáles son las frecuencias y los costos de las coberturas que tengo que incluir. Y aquí el llamado siempre lo ha hecho, doctor Héctor Abad Gómez, hace muchos años siempre le escuché hablar de atención primaria en salud, ahora viene el concepto renovado que hablaba el doctor Julián Osorio, bienvenido, e indudablemente que cualquier que sea el modelo de la gestión del riesgo, la caracterización de la población, el conocimiento de los factores de riesgo, tiene que ser muy claro a efectos de poder entonces generar mejores resultados en salud y el equilibrio de la UPC versus plan obligatorio de salud. Aquí yo, pues de una manera muy cordial, le dije al Ministro en su momento: lo de Bogotá en Salud Capital es, no da margen de espera Ministro. La homologación del plan de beneficios para mayores de 60 años que planteó el acuerdo 32, la prima es claramente insuficiente frente a las coberturas homologadas. O sea que yo creo que en ese momento el Gobierno

se quedó corto, doctora Liliana Rendón, en garantizar una prima que fuera suficiente frente a las coberturas homologadas, y eso le hace mucho daño al modelo del sistema, porque indudablemente qué pasó en muchas partes del país: las empresas sociales del Estado terminaron financiando ese déficit de la prima, frente a las coberturas y por eso creo que si vamos a mantener esa lógica actuarial, creo que va a haber mucho cuidado.

Y finalmente termino con lo de no POS. La última publicación del Pulso, agradezco Al Pulso que lo haya publicado, yo considero que cuando se utilizan recursos de las empresas promotoras de salud, para pagar coberturas por fuera del plan obligatorio de salud, para mí es un peculado por aplicación oficial diferente. Y en ese orden de ideas pues yo le pediría al doctor Jesús María España, quien funge como Secretario de la Comisión Séptima, a efectos de que particularmente este artículo pueda ser tramitado a través de la Comisión Séptima del Senado, doctor Edinson, le pediría que fuera a la Fiscalía General de la Nación, a mí me gustaría oír el concepto del Fiscal General de la Nación, cuando yo estoy utilizando recursos de la unidad de pago por capitación para prestación de no POS.

Algunos dirán: no, hay una causal ex culpante de responsabilidad, en cumplimiento de un deber legal, en cumplimiento de una Sentencia, doctor Juan Carlos Giraldo, que establece esa perentoriedad. Pero que sea la justicia la que diga. Lo cierto es que lo No POS nunca fue considerado, digamos formalmente en el sistema y por lo tanto sus fuentes de financiación, así haya alineación perversa de actores como lo ha dicho Ministro, efectivamente allá desfalcaron los recursos, algunos de ellos o muchos de ellos, pero la Fiscalía General de la Nación tendrá la palabra. Pero lo cierto es que las prestaciones por fuera del Plan Obligatorio y las tutelas, que valga la pena aclarar, como lo ha dicho aquí la doctora Marcela, no se acaban y el Ministro ha sido reiterativo. Yo no veo ninguna amenaza a la tutela como tal, lo que se quiere es mirar el procedimiento como tal y si me da tiempo, pues ahorita le damos dos o tres minutos.

Entonces aquí es simplemente el tipo penal y para mí está claro que cuando yo, como asegurador, utilizo recursos que son para las coberturas del plan obligatorio de salud y las estoy utilizando para prestaciones no POS, pues estoy tipificando una conducta que después puede ser o no excluyente de responsabilidad, como lo he dicho.

Aquí no voy a repetir, pero lo cierto es que hoy está deslegitimado el sistema y me pregunta, escuchando a muchos ahora, es que hoy los malos del paseo son las Empresas Promotoras de Salud y efectivamente le han generado un riesgo reputacional muy grande al sector. Pero también lo ha dicho el señor Ministro, las tensiones entre quien presta el servicio y quien paga, siempre van a existir y siempre de por medio va a existir un agente que tenga que decir si se paga, en qué condiciones se paga, si fue pertinente, a qué costo o no.

El proyecto de ley habla de Gestores de riesgo, entonces mi temor es que el día de mañana o los mismos prestadores de servicios de salud pues sean

entonces los malos, los malos del aseguramiento. Se está terminando, entonces yo prefiero más bien seguir.

Ojo, sostenibilidad y déficit fiscal, derecho a todo excepto lo excluido. Bienvenido para en esa visión paciente o céntrica que celebro de la norma, pero hay que tener cuidado con ello.

El fondo único, simplemente un llamado, que no se repita la historia del Seguro Social. Yo creo que probablemente van a mejorar y celebro el flujo de recursos, los sistemas de información, pero yo creo que dentro de las lecciones aprendidas hay algo que pasó en el Seguro Social, particularmente hice parte o promoví el debate del Seguro Social, donde demostré que se gastaban ciento treinta y ocho pesos por cada cien pesos que efectivamente le ingresaban en su momento al Seguro Social y eso no puede volverse a repetir.

Gobernanza y participación, aquí lo ha dicho la Universidad de Antioquia, Asmedas lo acaba de decir. Me parece que no es un buen mensaje, ni de la Comisión Séptima de Senado y Cámara y menos del Gobierno Nacional, de que efectivamente figuras de participación en la gestión, en elementos, en actores decisivos y críticos del sistema, se esté perdiendo esa participación. Particularmente tuve la oportunidad de ser el Secretario del Consejo Nacional de Seguridad Social, el doctor Juan Carlos también fue en su calidad de Viceministro y creo que algunos lo criticaban por los intereses que allí confluían, pero por lo menos se ponía sobre la mesa qué pensaban los pensionados, los prestadores, los aseguradores, la academia, etcétera y creo que eso es importante.

Entonces creo que vale la pena, honorables Senadores, retomar el tema de participación y qué elementos de participación y qué mecanismos para llegar a ellos lo podemos hacer. Porque esa concentración de poder y de funciones en el Gobierno Nacional, pues creo que así sea una visión, muchas veces no necesariamente unánimista, pues termina prevaleciendo la del Gobierno, atendiendo otro.

Lo de la CRES lo dejo ahí planteado, me gustaría escuchar una audiencia de control político de la Comisión Séptima, porque particularmente en el Proyecto de ley número 052 nosotros defendimos la Comisión de Regulación en Salud y ahora fue derogado.

Y aquí solo termino con este tema, porque no quiero abusar y no creo llevar más de diez minutos pero lo voy a hacer y tiene que ver con las ESE. La lectura errada que se le hizo a la Ley 100 en el artículo 194: cada hospital, cada punto de atención público quiso ser una Empresa Social del Estado, hoy entiendo que hay cerca de mil. Yo creo que eso se debe revisar y más si se está haciendo un llamado a redes de servicios de salud, yo creo que deben entonces racionalizarse las ESE, y por eso nuestra propuesta sería un artículo más o menos de este tenor, Ministro, en el sentido de que las entidades territoriales deberán revisar y ajustar las ESE de orden, si es del caso de acuerdo al número que racionalmente indique el estudio de redes en la respectiva área de gestión y obviamente el acompañamiento técnico y la concurrencia del Gobierno Nacional.

Creo que el tema de poder. Hay otras alternativas inclusive con la misma Superintendencia Nacional de Salud, que a las Entidades Departamentales se les dé competencia en términos de los planes de intervención para realizar esas ESE; la Corte se ha pronunciado en el sentido de que no se pueden violentar las competencias de las entidades territoriales, pero creo que sí vale la pena echarle cabeza a una redacción jurídica que permita hoy Empresas Sociales del Estado, como se ha dicho aquí también, puedan de manera racional volver a esa ESE a mejorar sus eficiencias y creo que se agotaron los argumentos para mantener por lo menos los regímenes especiales distintos a la fuerza pública y a mí, yo particularmente solicito de manera respetuosa que el Gobierno, así sea en otro proyecto de ley, pueda presentar una iniciativa donde el Magisterio particularmente, que hoy tiene una prima cercana al 150% de lo que ofrece el régimen contributivo, pero no tiene esos resultados que esperábamos, pues pueda asimilarse a lo que sería un régimen común. Muchísimas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

A usted, doctor Cuervo. Continúa con el uso de la palabra Jorge Eduardo Arbeláez, en representación de la Sociedad Civil Caldas y luego continuará Jairo Humberto Restrepo, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia.

**Doctor Jorge Eduardo Arbeláez, en representación de la Sociedad Civil Caldas:**

Buenas tardes, creo que estamos ya en el pasar de los minutos, de las horas, un tanto cansados de oír. Nosotros representamos simplemente a los usuarios, venimos de Manizales, esta mañana salimos temprano de hecho de Manizales, ahí viene mi presentación, gracias a Dios.

Son de esos momentos en que uno se siente como un zapato.

Venimos de Manizales, venimos temprano, simplemente somos un grupo de personas que en el foro que se hizo en Manizales nos permitieron como sociedad civil participar. Ese grupo de personas son conformadas por personas de juntas de acción comunal, asociaciones de usuarios, veedores de la salud y personas común y corriente que no tienen más título que preocuparnos un poco por este país.

Me quería presentar con este blanco, que creo que es una invitación a vernos todos como personas iguales. Quiero que reciban esta presentación como usuarios. Ministro, como esa persona que vi en el baño y saludé, dos personas comunes y corrientes, en igualdad de condiciones porque yo creo que la salud es eso; la salud es para todas las personas.

Empezamos con las frases célebres: la salud nos está matando. Atentamente los usuarios. Podemos estar o no estar de acuerdo con esa frase, finalmente si miramos el proceso de la salud, créame que estaban matando más gente antes de la Ley 100, hicieron bien y metieron al sector privado a hacer inversiones y lograron mayor cobertura, ¿cuál fue el problema?, si se desgasta como cualquier modelo, porque esto es una visión empresarial, se desgasta y se cambia como se cambió el anterior modelo.

De todas las formas de inequidad, las injusticias en los ciudadanos, en los cuidados de la salud, es la más chocante e inhumana. Aquí simplemente lo voy a invitar a todos ustedes, como usuarios, a un ejercicio supremamente sencillo y este ejercicio sencillo lo hago muy por una cosa que usted dijo ahora, es como que una tarifa no cuadra, el juego de la tarifa. Le voy a contar, tuve un caso de un contrato, donde el AIU no alcanza para pagarle las estampillas, o sea los impuestos del contrato. Este país se sofisticó tanto y finalmente hace unas torpezas que uno se queda frío. El AIU de un contrato no alcanza para pagar los impuestos y pues obviamente menos los parafiscales.

Yo creo que contestemos todas estas preguntas entre todos: ¿nuestra sociedad quiere tener un sistema de salud que discrimine las personas?, que fácil, no. Quiere usted llegar a una urgencia a un hospital y que lo primero que le pregunten al señor es: ¿qué siente o de qué EPS es? Que fácil, cierto.

Miren cómo un proceso supremamente sencillo le va dando a uno muchas respuestas. ¿Quiere que le den una cita pronta y ser atendido o atendida en el hospital o puesto de salud sin restricciones y cuando lo necesita?, ¿la Ley 100 se lo permite?, ¿la atención debe ser para todas las personas o solo para las que pagan?, ¿o las que logran que las metan en el sistema subsidiado?, no sé si tenga que explicar esa frase. Yo creo que todos saben qué se hace aquí con el sistema subsidiado y con este tipo de cosas. Y no se asuste, esto es una sociedad común y corriente, todos funcionamos así, las sociedades funcionan así, simplemente esto es una visión objetiva de lo que estamos viviendo, no es que sea malo, ahí todos politiqueamos y hacemos cosas y funcionamos, eso no es ni bueno ni malo, es qué estamos haciendo, qué nos pasa hoy y qué tenemos que hacer.

La curación es ocho o diez veces más costosa que la prevención. Debemos hacer énfasis en la prevención. Fácil.

¿Quieren pagar los medicamentos al doble del promedio mundial? Puse el doble, por juicio, para que no me regañaran en la exposición y me dijeran: no, es que usted está exagerando si pone mil veces, pero puse y lo presenté en Pereira y me dice el siguiente, el doctor Raúl: no, es que hay casos de mil veces más caros. Entonces dejemos la cosa quieta, me imagino que nadie quiere pagar ni el doble, ni el triple, ni el cuádruple, ni mil veces un producto de estos. Esa pregunta tan sencilla. Y aquí lo que quiero hacer ver es la Ley 100, cómo la vemos, como negocio, cómo se puso cuando se inicia hace veinte años, no sé cuántos años, lo monta como un negocio para que la empresa privada participe económicamente en el desarrollo de la prestación del servicio, para lograr una cobertura y efectivamente lo logra. De hecho pues cuando les cuento que un contrato con un AIU, ustedes saben que yo soy lejano, soy empresario y miro esto como una empresa, nosotros sabemos perfectamente cómo le sacamos hasta la última utilidad a una inversión. Y a la Ley 100 le pasa eso, la Ley 100 empieza a moverse y los dueños, porque son los empresarios privados que entran a trabajar en la Ley 100, empiezan a encontrarle los requisitos: ¿Dónde le saco más billetico a esto?, ¿Cómo le saco más billetico a esto?

Cuando ellos saben que la prevención es excelente, se van a hacer prevención pero con qué se encuentran, doctora, que la prevención no es solamente niño lávese los dientes, es que la prevención es el sistema de vida completo y como la Ley 100 no tiene para pagar el sistema de vida completo, ni las EPS tienen para pagar el sistema de vida completo, dicen: venga, esto no es con prevención porque si no tenemos plata, a nosotros nos pagan quinientos sesenta y ocho mil pesos por un paciente, o sea que nos vamos al otro lado. ¿Cómo le sacamos jugo a esto?, mientras menos pague por atender un paciente y se vuelve eso, la Ley 100 exige, lleva al empresario a eso para que le busque utilidades y los empresarios no tenemos hígado, esos son utilidades sobre las utilidades. Llamamos allá en la junta directiva: señor, invéntese un nuevo modelo para que le saque más plata a ese modelo y así es. Eso es lo que funciona en la ley. Se desgastó, el sistema se desgastó, el sistema no le puede entregar, señores y señoras, a ustedes los usuarios esas respuestas que ustedes dieron. La Ley 100 es un proceso, le sacamos jugo, perfecto, se acabó, no va más, no puede dar más, no hay ninguna reforma que pueda corregirla, simplemente y darnos las respuestas, hay que cambiarla, esa es la posición de esta sociedad civil, de estas personas que yo represento.

Y para acabar de tomar esta decisión, uno va a esas imágenes, cositas que dice el mercado, señales del mercado las llamamos. Entonces uno oye el Ministro que de pronto dice: hay que estabilizar la crisis. Y uno dice, pero el doctor Gaviria que es un hombre de esa inteligencia, de esa capacidad, está hablando de estabilizar la crisis, o sea no va a cambiar el tema. Él está, obviamente es un hombre muy inteligente que dice: venga, yo pongo una reforma total a la Ley 100, con los enemigos que tengo aquí adentro pues no me la van a aprobar, cierto, porque es que los intereses del sector privado son gigantescos y son grandes poderes, y él pasa una reforma donde busca mejorar y yo lo veo haciéndolo, y es increíble como uno puede oír al Ministro con esa inteligencia, y al Viceministro que vimos en Manizales con esta inteligencia, pero también ver la contraparte y dicen: todos tienen la razón pero es imposible que todos tengan la razón. Hay que mirar y juntarse, porque todos están hablando en idiomas distintos.

Y vemos esta otra, que dice: no hay crisis en la salud pública, tampoco hay crisis en la prestación de servicios. Existe, sí, una crisis financiera. Venga, nosotros el Gobierno, en la empresa privada lleva treinta años diciendo que tenemos que bajar los costos, acabar con los intermediarios, mejorar los rendimientos en nuestras empresas porque nos las están quebrando la competencia internacional, porque vienen unas importaciones, vienen contratistas de otras partes y todo esto, y nosotros tenemos que hacer todas las correcciones. Señor Ministro yo le digo: pues las EPS es un intermediario que cuesta mucha plata, si su problema es de plata busque la forma de tirarlas.

Esto es claro y por qué es claro, porque la estructura que se tiene es las EPS, que son una gran fortaleza económica, tenemos por el otro lado el Congreso, los señores del Congreso, que muchos de

ellos tienen intereses también en el sistema de salud o en las EPS. Tenemos por el otro lado las aseguradoras, que es el gran capital, que también tienen intereses y también tienen fortalezas para manejar las decisiones del Congreso y tenemos los mercaderes, para decirlo bien suavemente, de drogas, no estoy hablando exactamente de las ollas del barrio Belén de aquí, pero más o menos. Los mercaderes de las drogas que hacen tremendo negocio, sin problema con la gente.

Entonces esa cantidad de fuerzas, son muy difíciles de derrotar en un Congreso, porque es que el poder económico es grande y el poder político es grande dentro de esas fuerzas. Nosotros no somos capaces de derrotar las aseguradoras, el sector financiero, las EPS, los dueños de las EPS y adicionalmente las personas que manejan los mercados de las drogas.

Esto, lo meto porque es de mi mamá, se lo mandó al señor Ministro: cuando usted sepa de quién son las EPS, sabrá por qué va a fracasar su buena intención, @clarita800. Mi mamá es una vieja de 82 años twitera, lo que quiero significar con esto...

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Doctor, ya.

**Doctor Jorge Eduardo Arbeláez, en representación de la Sociedad Civil Caldas:**

Ya voy a terminar, un minuto por favor.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Quiero hacer la salvedad y es bueno, perdón. Mire, el Congreso y especialmente la Comisión Séptima está haciendo un ejercicio de verdad muy abierto, muy claro frente al pueblo colombiano y estamos tratando de construir colectivamente esta propuesta. Créame que tenemos diversidad de conceptos al interior de la Comisión, pronuncio porque es la forma y podemos con el Gobierno Nacional, que entre otras cosas lo veo muy abierto al Gobierno Nacional, al señor Ministro, al Presidente, a discutir cómo estamos haciendo aquí.

Esto sencillamente era cuestión de tiempo, no es porque queramos coartar la libertad de expresión. Bien pueda.

**Doctor Jorge Eduardo Arbeláez, en representación de la Sociedad Civil Caldas:**

Mil y mil gracias. No, yo creo que la Mesa está de acuerdo.

El tema del dinero, el tema del dinero es una cosa increíble, nosotros oímos, fuera de que nos tocó mearnos unos ladrillos en quince días de todas las reformas de salud, unos pobres legos en la materia, y oímos estas conferencias de personas como el Viceministro, inteligentísimo, la contraparte inteligentísimos, nadie sabe cuánto vale la salud en Colombia, es una cifra. Pero uno hace una cuenta fácil, si el copago, la capitación es de quinientos mil pesos por persona por unos cuarenta millones de habitantes, eso da veinte billones de pesos y las cifras todas hablan de treinta, treinta y cinco, cuarenta, cuarenta y cinco, cuarenta y seis billones. Uno se pregunta: ¿Dónde está el resto de la plata? ¿Qué están haciendo con eso?, ¿eso dónde lo tienen? ¿Cuál es el es-

condido? Hay cosas en el mercado que no cuadran simplemente. Uno se queda, venga, ahí tiene que pasar algo. ¿Qué están haciendo? ¿Qué están manejando? ¿Cuáles son los grandes intereses? ¿Dónde tienen escondido ese dinero?

No existe la menor posibilidad que el Congreso apruebe una ley que elimine la barrera generada por los intermediarios financieros, las aseguradoras, los mercaderes de las drogas y las EPS. Seamos realistas, yo no creo y este es el mensaje que les traigo, yo creo que la sociedad civil tiene simplemente que actuar, nosotros tenemos posibilidades legales de hacerlo y organizaciones.

De ese foro en Manizales, no les voy a leer más porque ustedes todos saben leer, de ese foro de Manizales salieron simplemente tres directores, presidentes de juntas de acción comunal, que rápidamente se volvieron cinco, después fueron siete, que después se fueron para la Sociedad de Mejoras Públicas y allá llamaron preséntenos esto, cuéntenos qué es lo que está sucediendo, cuál es su visión. Cuando menos pensamos, Villa María, que es un pueblo al lado de Chinchiná, se estaban aliando ya con las juntas de acción comunal y para finales de mayo tienen una asamblea de juntas de acción comunal departamental. La sociedad, simplemente les quiero decir a ustedes, aquí en Antioquia, gracias por invitarme, la sociedad se está organizando, porque uno ve con claridad.

Hay un proyecto de ley, que yo creo firmemente que podría mejorar muchísimas cosas de las que tiene hoy, cambiaría el régimen y que también habría que mejorarlo mucho. No sigamos, no permitamos que el Congreso nos apruebe otra reforma, como cada vez que están en crisis simplemente aprueban una reforma; llevamos cuatro reformas aprobadas de Ley 100. Cada vez que está en crisis sale aprobando otra reforma y hay que esperar que se adapte la reforma, porque como vamos a salir ya, porque que es que mire, apenas la pusimos. Entonces son cuatro años más de negocio para las EPS, eso es así de simple.

Yo creo que la sociedad civil es hora de que le ponga tatequieto a esto.

Yo les agradezco mucho a ustedes, un abrazo y a ustedes de verdad. No piensen que esto es una falta de respeto, simplemente es un llamado de la sociedad desesperada. Uno habla con la gente y todo el mundo es consciente, la gente está mamada, mamada y me disculpan la palabra, la gente está mamada con el tema.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

No, para nosotros no es falta de respeto, todo lo contrario. Es que hemos tenido, de verdad me excusa, mucha discusión al interior de la Comisión; por un lado está el Estado rector, que tiene que garantizar ese derecho a la salud, por otro lado están los pacientes, los usuarios, están los que proveen los servicios. Entonces una gran discusión que se ha dado en el país, es si se necesita o no se necesita un agente que ayude precisamente, que contribuya a bajar esa obligación, para que los que presten el servicio sean eficientes o no. inclusive se han dado diferentes posiciones, hay unos que plantean que sea

netamente estatal, que sea estatizado, otros que no, eso es una discusión inclusive ideológica y política que estamos dando en el país, abierto, sin temor. Esa es la posición de la Comisión Séptima del Senado, por eso estamos aquí. Estamos haciendo estos foros, precisamente para permitir construir colectivamente esto, que no es fácil realmente frente a unas posiciones, inclusive ideológicas y políticas en torno al manejo de la salud de los colombianos.

Entonces continuamos, que no es ofensa, todo lo contrario. Muchas gracias.

**Honorable Senadora Liliana Rendón Roldán:**

Bueno, gracias. Un saludo muy especial para todos. Perdón Presidente, quiero decirle, en todos los casos, en los que uno vive en la vida, en la política o particularmente, no es bueno generalizar. Ahorita cuando hablaban de la Comisión Séptima, de la clase política, pues yo quiero decirle que yo opino igual que lo que acabó de opinar usted, ese es mi pensamiento y por eso igual estamos escuchando a todas las ciudades, estamos escuchando los hospitales, estamos escuchando la población.

Usted con mucha claridad, y sabe cuál fue su, lo importante de su intervención, la claridad para el pueblo, le entendimos. Porque normalmente en términos médicos que ustedes manejan un lenguaje bien técnico, bien complicado los médicos, con todo el respeto, entonces la gente, el problema con el que nos estamos encontrando en todas las comunas. A mí me dicen en todos los municipios, ciento veinticinco municipios que tiene Antioquia: doctora Liliana, pero es que lo que hablan no lo entendemos. Usted fue claro en un pensamiento que tiene la mayoría del pueblo colombiano y decía ahora un expositor, y yo comparto esa idea, en Estados Unidos se demoraron para hacer una reforma y aquí en dos años hemos hecho dos. Dos reformas.

Y la otra cosa con la que comparto plenamente es: una reforma de salud en pura época electoral, qué complicado eso, Dios nos ayude. Muchas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Senadora, muy bien. Continuamos...

**Jairo Humberto Restrepo, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia:**

Este ejercicio, que podemos llamar de diálogo, en donde la ciudadanía, el Congreso de la República, como quien tramita una iniciativa gubernamental, más otras iniciativas en curso, será la tarea de poder entablar este diálogo.

En este espacio voy a compartir las principales conclusiones de lo que fuera el seminario académico realizado el pasado jueves en la universidad de Antioquia, donde la Facultad de Ciencias Económicas convocó a varios expertos y al Ministerio de Salud, para discutir los aspectos económicos de la reforma a la salud. De la manera como se ha abordado el tema desde el derecho, desde la salud pública. En economía de la salud también tenemos una responsabilidad muy grande, frente a la situación actual y el desempeño futuro del sistema. De modo que contamos con la presentación del Viceministro de Salud

Pública y Prestación de Servicios, sobre lo que son las bases técnicas de la reforma y a continuación seis expertos en diferentes áreas de la economía de la salud, expusieron sus puntos de vista, basados en los estudios que han adelantado y en las hipótesis o preguntas que se pueden hacer sobre el proyecto actual, y este seminario fue convocado igualmente por, en conjunto con el Banco de la República y el Centro de Pensamiento Social de Proantioquia.

Quienes nos acompañaron como expertos fueron el investigador Carlos Medina del Banco de la República, el Profesor Jairo Humberto Restrepo de la Universidad de Antioquia, el doctor Juan Pablo Uribe, Director de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Diego Gómez de la Fundación ECSIN, Mauricio Vélez de Mediacarte, el Profesor Juan Eduardo Guerrero de la Universidad de Antioquia.

De modo que a continuación voy a enunciar tres elementos fundamentales que pueden surgir de este seminario, al cual valga decir en la clausura, nos acompañó la Representante Martha Cecilia Ramírez, quien a su vez es integrante de la Comisión Séptima de Cámara. Quisimos que ella recibiera de los académicos lo que allí se debatió y al mismo tiempo asumimos el reto de traer a este espacio político las conclusiones de este seminario, convencidos de que la academia no le pude dar la espalda a la situación que enfrenta el país y que debemos mejorar mucho: ciudadanos y políticos, académicos y políticos, académicos y ciudadanos, un diálogo que es entre todos y que es fundamental desarrollar alguna metodología, honorables Congresistas, que nos permita llevar a cabo, yo llamo social, pero además pedagógico. Es decir que seamos capaces de ilustrar cómo es que este sistema tan complejo, puede ser entendido por un ciudadano común y podamos admitir entonces cuáles son los retos y las limitaciones que enfrenta el sistema, porque ahí nos dejamos llevar por las pasiones y el debate se vuelve muy complicado en resolver, cuando no podemos tener todos el mismo lenguaje, el mismo conocimiento.

Hay consenso en que esta reforma, una reforma al sistema de salud, puede ser necesaria, pero definitivamente ella debe ser muy bien pensada, con una mirada estratégica y de largo plazo, y que el proyecto de ley presentado por el Gobierno carece de ambas visiones.

Es fundamental reunir un documento que de verdad proyecte el sistema de salud con una mirada de largo plazo, con un sentido muy estratégico y que resuelva de una vez por todas las bases estructurales del sistema, de modo que no sea una simple reforma que redefine el sistema, sino que sea capaz de establecer un sistema renovado, nuevo, pero que en todo caso se dé en la tranquilidad a los ciudadanos y al propio gobierno de que será un sistema mucho más estable.

De modo que este diálogo, bienvenido, no para llegar a aprobar un proyecto de ley a la carrera, sino más que nada para ejercer un proceso de diálogo y de control político, donde al fin todos logremos apostarle a un sistema sin que haya unanimidad, por lo menos queda la tranquilidad de haber participado de la construcción de un sistema que puede ser el que Colombia puede y necesita tener.

Tal vez el gran problema que enfrenta el sistema, yo lo he resumido de este modo: tenemos un sistema que hace unas declaraciones, que en principio como decía el expositor anterior, difícilmente vamos a estar en descuerdo. El diseño del sistema colombiano desde el punto de vista macro, es un ejemplo, un paradigma para otros países que se han arriesgado a seguir reformas similares. Tal vez el problema del sistema colombiano está en la atención que se da, entre esas declaraciones macro, de universalidad, de solidaridad, y lo que llamamos los micro motivos o los incentivos que hacen que los individuos participen con algún propósito distinto al alcance de un mejor estado de salud o de garantizar el acceso a los individuos. De modo que el Gobierno ha reconocido esto; yo quiero resaltar que el documento del Gobierno trae unas declaraciones, que años atrás eran impensables que el Gobierno mismo las reconociera. Como que estamos atrapados frente a un juego de incentivos que resultaron siendo perversos, como que el mercado definitivamente no lo puede hacer todo y requiere de una gran dirección por parte del Estado. Pero yo sí quiero llamar la atención muy cordialmente de todos, quienes están empecinados en ver el diablo solamente en las EPS, y soy muy enfático en advertir que el diablo está en todas partes, y no nos engañemos mirando solamente el diablo en un punto de este gran sistema, en una cadena enorme y tal vez nos equivocamos, y mirando el diablo, donde ciertamente está, pero está en todas otras partes; tal vez descuidamos otros puntos esenciales, donde el diablo también se encuentra o puede aparecer a reaparecer, de manera que la ineficiencia y la corrupción está presente en todo el sistema y difícilmente podríamos seguir este debate, simplemente mirando hacia un punto señalando que allí está el problema.

Del mismo modo advertimos que el Gobierno, mal que bien, ha venido haciendo una reforma, que yo he llamado a pedazos, en la medida en la que ha venido introduciendo ajustes sobre el sistema, tal vez agobiado por las afujías del corto plazo. Pero que van desconfigurando o exigiendo una reconfiguración del sistema, menciono tres ilustraciones: el primero, es que seguimos un poco extrañados por el silencio frente a la implementación de la Ley 1438 de 2011, que mal que bien fue planteado desde la campaña del Presidente Santos, para corregir problemas serios del sistema, que algunos celebramos esta ley que pensábamos que con esa ley, definitivamente bien implementada se iba a dar una oportunidad al sistema, para que él mejorara su desempeño o nos preparando para migrar hacia otro sistema. Sin embargo hemos notado que ha habido silencio y pasividad, frente a la implementación de la ley y eso le resta valor a la discusión de un nuevo proyecto de ley, porque el ciudadano y el técnico entonces no creen en que esta ley realmente vaya a generar resultados.

Segundo elemento, ya ha sido mencionado, no me detengo, es que la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud y el cierre del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ha cercenado dos espacios muy importantes para la dirección del sistema, a punto que hoy decimos que el sistema se encuentra sin cabeza y está concentrando poderes

en el Ministerio; en el Ministerio podemos reconocer que hay una gran voluntad y capacidad, pero esa es hoy y no la podemos garantizar mañana. Por eso la importancia, Ministro, de preocuparse por definir una reglas duraderas y estables, que independientemente de las personas le den al sistema mucha gobernanza.

Y finalmente también manifestamos la extrañeza, por la manera cómo la reforma tributaria introdujo un descuadre financiero serio sobre el sistema. Donde llamamos la atención de los Congresistas para ejercer el control político sobre este tema, dado que las cifras que ha presentado el Ministerio de Hacienda, claramente fueron unas para discutir el proyecto de reforma tributaria, pero son otras hoy, que muestran claramente un desbalance financiero, en principio del orden de setecientos mil millones de pesos año, por culpa del descuadre entre la reducción de las cotizaciones y lo que él cree, realmente puede aportar.

La visión general que planteamos del Proyecto de ley número 210, es que como punto de discusión, de partida para esta discusión, plantea realmente unos elementos interesantes, atractivos, en la medida en que busca replantear el equilibrio entre los diferentes actores: por un lado el Gobierno se la juega buscando una nueva recomposición entre lo público y lo privado, en favor de lo público, vía Salud Mía, vía Facultades a las entidades territoriales, vía, de alguna manera, el rescate de la salud pública. Esos aspectos son positivos y vale la pena examinarlos con cuidado y plantear alternativas que de verdad permitan su desarrollo, porque con Salud Mía uno podría decir que la propuesta es interesante, pero estamos llenos de temores y en ese sentido el aporte que debemos hacer es como garantizar que la propuesta de Salud Mía sea robusta, sea confiable y garantice la eficiencia.

Y el segundo equilibrio que plantea el proyecto, algo más riesgoso, es mover el centro de gravedad del sistema desde las EPS como agente dominante, hacia las redes de prestadores y hacia Salud Mía, y eso entonces es donde tenemos que concentrar la mirada, porque posiblemente en la discusión se puedan examinar escenarios, que nos den cuenta de cuáles son las ganancias, deficiencias, que logre el sistema y que acaso, en esta discusión, podamos llegar a la conclusión de que el sistema no necesita intermediarios. Pero en todo caso es necesario garantizar la administración del sistema y garantizar, de conocimiento de todos, que el sistema ofrezca un plan de beneficios que necesariamente es limitado.

Finalmente, frente a los puntos que de alguna manera ya he enunciado, que plantea el sistema. En el Seminario pues de discutieron y haremos llegar la relatoría con las conclusiones detalladas, seis aspectos: uno la financiación, vemos con buenos ojos la propuesta de Salud Mía, repito, es importante pensar muy bien en las reglas de operación, de que pueda ofrecer eficiencia y esté blindado frente a los problemas que conocemos de corrupción.

Esta la preocupación con el equilibrio financiero y la sostenibilidad, y muy importante es que en la propuesta de Mi Salud, dado que sería un plan que aparentemente es superior al POS, necesariamente estamos necesitando más recursos, pero en este

análisis que estamos haciendo, es importante que el Ministerio de Hacienda, que el Ministerio de Salud, recree los escenarios financieros, porque hay serias dudas de la sostenibilidad financiera, del sistema y por último en este tema de la financiación, reiteramos nuestro desacuerdo con la propuesta de buscar un trasteo de la UPC, desde el sistema hacia la medicina prepagada, creemos que hay que preservar la lógica del seguro público y que de ninguna manera puede asumirse que el recurso de la UPC, que es un mero asunto estadístico, pueda ser apropiado de manera privada.

En segundo lugar, sobre la rectoría. Entonces es fundamental recuperar un sistema de Gobierno propio, como sería el caso de un Consejo Nacional de Salud, de un código de buen gobierno, de unos consejos territoriales de salud.

En cuanto al plan de beneficios, se admite que el Gobierno va en una dirección apropiada, de establecer un plan basado en patologías, con el establecimiento de listas negativas. Sin embargo, somos reiterativos en que no se le debiera cambiar el nombre, que por lo menos este no se llama Mi Plan, estamos en la era del iPhone, del iPod y del iPad y este podría llamarse el Iplan, una expresión simbólica del individualismo extremo. Por lo tanto, algunos como Juan Pablo Uribe quiere hablar de nuestro plan, yo francamente seguirá hablando del plan obligatorio de salud por una razón: el término obligatorio para mí, connota lo que los economistas llamamos el bien preferente, es lo que la sociedad establece que deba entregarse a todos los ciudadanos de manera obligatoria y gratuita. Por lo tanto el término obligatorio no es caprichoso, para quienes lo trajeron, producto de la Constitución que dejó claramente establecidos unos derechos.

Y es importante advertirle a toda la ciudadanía y yo creo que esto es parte del diálogo, que ese plan no puede ser infinito y que el Gobierno puede estar dando una ilusión que puede ser falsa, y es que no es posible hoy garantizar un plan que cubra el POS más lo no POS para todos. Pero generemos un diálogo donde reconozcamos los límites y seamos capaces de establecer mecanismos legítimos, para decir cuál plan de salud pueden merecer los colombianos y cuáles son los procedimientos a seguir en el caso en que se requieran prestaciones por fuera.

Sobre las redes integradas de servicios de salud, creemos que es otra buena propuesta que va de la mano con la idea de las áreas de gestión sanitaria. Pero que requiere también una gran discusión sobre el *modus operandi* y sobre su tema de gobernanza.

Finalmente sobre salud pública, resaltamos también, como una propuesta que vale la pena examinar y digamos, plantear escenarios sobre las áreas de gestión sanitarias, donde el Gobierno está reconociendo definitivamente lo que desde el comienzo de la Ley 100 se advirtió, que el mercado no funcionaba, al menos en todas las áreas. Entonces celebramos esta propuesta, que va de la mano con fortalecer la rectoría a cargo de las entidades territoriales, quienes incluso pudieran ser autorizadas como Gestores descentralizados de Salud Mía y que sea allí donde se concentren los equipos de salud de familia, todo el esquema de la atención primaria.

Por último, se me escapó el paso de las EPS a los Gestores. Yo pienso que la discusión puede llevar a que definitivamente no se requieren o se requieren como. Pensamos que el proyecto, este es el tema menos claro, más ambiguo, en la medida en que no deja claro realmente qué es lo que gestiona y cuál es el recurso a remunerar.

Tendremos estas memorias disponibles entonces para todos. Yo les agradezco el haberme escuchado.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Doctor Juan Carlos Giraldo, luego el señor Superintendente de Salud, Gustavo Morales.

**Doctor Juan Carlos Giraldo:**

Bueno, señoras y señores muy buenas tardes, señoras y señores Senadores y señor Ministro, señor Superintendente, funcionarios y comunidad interesada en el desarrollo del sistema de salud.

Muchas gracias nuevamente por permitirle al gremio hospitalario colombiano, a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, participar en esta audiencia pública y volverles a traer algunos de los comentarios que tenemos nosotros sobre este nuevo proceso legislativo.

Como ya son muchas las veces que nos vemos en estas audiencias, esto se convierte casi como en un mantra, pero yo creo que cada día es importante repetirlo y traer una serie de modificaciones a esta postura, que creemos nosotros debe apuntar a enriquecer este proyecto de ley.

Lo primero es que tengo que hacer unos comentarios de contexto general; el primero de ellos cuál es: este proceso de ley es más que justificado, es decir, son muchas las evidencias, son muchas las artistas de este problema, son muchos los centros de pensamiento, son muchas las voces de los usuarios que apuntan en un mismo sentido. Nosotros hace algún tiempo dijimos que este era un sistema fallido y que como tal debía remodelarse o cambiarse, se vio que era una presentación muy agresiva, pero yo veo que con el paso del tiempo y cada vez que uno escucha en estos auditorios a todos los oradores, va encontrando uno que tenía la razón y que vale la pena, en este momento, entender que la presentación de un proyecto de ley es una aceptación tácita de que las cosas tenían que cambiar, se tenían que modificar.

Lo segundo, creemos que es el momento, indudablemente nadie se puede declarar sorprendido por lo que está pasando en el sistema de salud, aquí no hay nada sobreviniente; los usuarios se han venido quejando, los hospitales los hemos visto durante todo este tiempo, los diferentes funcionarios han observado la involución del sistema de salud, por lo tanto es el momento, hay que aprovecharlo, está maduro.

Lo tercero, creemos que se deben hacer cambios, se deben operar cambios, que deben ser necesariamente profundos, pero que tienen que tener gran sencillez. Por eso nosotros pensamos que los mecanismos que se implementen deben ser gratis, deben ser trazables, deben ser seguibles, deben ser vigílables y controlables. Creemos nosotros que en los últimos años hemos fracasado cuando hemos creído

que con el exceso tecnocrático, que a muchos de nosotros nos ha caracterizado o nos ha acompañado en diferentes gestiones, hoy y ayer, lo que hemos hecho es volver cada vez más compleja operación del sistema y por lo tanto ha sido cada vez más difícil hacer una buena, un buen monitoreo y una implementación de las políticas.

Creemos también que el reemplazo que se debe dar en el sistema, debe ser un reemplazo inteligente. ¿Con eso qué queremos decir?, que aquí no se debe hablar de tierra arrasada; las cosas que se han podido conquistar en el sistema de salud y que favorecen la población, tienen que ser preservadas. Pero hay muchas cosas en el sistema que funcionaron mal y deben ser reemplazadas o modificadas. También hacemos un llamado, no hay que arreglar lo que no está dañado; a eso es a lo que nosotros llamamos un reemplazo inteligente desde el sistema y en ese contexto general hay dos cosas adicionales, lo primero, es que el cambio debe ser impulsado desde arriba, por eso nosotros apoyamos y vemos con buenos ojos que el señor Presidente de la República haya sido el que haya ido a radicar, en compañía de ustedes, los proyectos de ley tanto estatutario como el ordinario.

Pero lo decíamos, ese acompañamiento no puede ser solamente una cosa simbólica en el momento de arranque, sino que ojalá el señor Ministro, siempre sienta el apoyo desde el alto gobierno y ustedes como Congresistas, para que este proceso llegue a un feliz término.

Y además creemos que si bien el proceso debe ser impulsado desde arriba, tiene que ser sostenido desde abajo. Por eso, todo ese trabajo de las diferentes asociaciones, coaliciones como la coalición social por la salud y otra serie de organizaciones, lo que hay es piso suficiente para que en la salida que se encuentre al sistema de salud, tenga la legitimidad necesaria para que todos consideren que el sistema de salud es una propiedad colectiva.

Debo hacer observaciones generales al proyecto de ley, específicamente al 210, son dos: lo primero es que creemos nosotros que avanza en un sentido correcto y también creemos que crea mecanismos que son nuevos, mecanismos innovadores que van a modificar el actual estado de cosas del sistema.

¿En el sentido correcto por qué?, por varias cosas, primero: porque avanza en la integralidad de un plan, porque habla de la no fragmentación, porque le da un nuevo papel a las entidades territoriales, porque crea un mecanismo aglutinador o acumulador de recursos, que es el fondo único. Porque cambia el rol de muchos de los actores en el sistema de salud y porque también habla de un fondo de salvamento para los momentos de transición.

Pero si bien creemos que avanza en la dirección correcta, también tenemos una serie de observaciones puntuales en cada uno de los capítulos. La semana pasada yo tuve, ustedes me dieron la oportunidad de presentarles, de hacerles una presentación extensa sobre esas observaciones. Hoy voy a hacer un resumen muy apretado, de algunas cosas positivas y negativas que uno encuentra en cada uno de los capítulos de este proyecto de ley.

En el capítulo uno, que son disposiciones generales. Nosotros creemos que es positivo que se hable de integralidad, eso es un avance con respecto a lo que tenemos hoy, porque es hablar de no fragmentación y hablar de todas las intervenciones necesarias para todas las patologías que padezcan los ciudadanos. Eso es un avance con respecto a lo que tenemos, pero hay dificultades grandes con algunos temas, que el señor Ministro ya ha aceptado que muy posiblemente con el concurso del Congreso, van a ser eliminados del texto definitivo, como son las que tienen que ver con la discrepancia con respecto a la libertad de escogencia; que en unas partes dice que es de Gestores y en otra de Prestadores, con lo que tiene que ver con la sostenibilidad fiscal, entrando en franca riña con lo que es el principio de la salud como un derecho fundamental y el tema de la inembargabilidad riñendo con la naturaleza pública del recurso de la seguridad social. Ese tipo de cosas deben ser excluidas del Proyecto, para que tenga un mejor avance, para que tenga menos resistencia y para que no tenga el avance hacia qué: hacia ese sentido correcto que nosotros habíamos dicho.

En el primer capítulo, ese de disposiciones generales, yo le decía a ustedes y al señor Ministro la semana pasada, que le cambio todos los principios que tiene ese proyecto de ley, por uno solo que es el principio *pro homine* y vuelvo y lo leo, porque vale la pena. Este es un texto que estaba en alguna de las versiones preliminares y que ojalá se pueda recuperar y esto sobre todo es de gran valor para quién, para los usuarios. Oigan lo que dice: El sistema garantiza que las autoridades y demás actores adopten la interpretación de las normas vigentes, que sea más favorable a la protección del derecho a la salud de las personas. Yo creo que si ese fuera uno de los principios o el principio único, básico, del sistema de salud, nos podríamos ahorrar mucha tinta y muchas discusiones teóricas.

En el segundo capítulo, que es el del Fondo Salud Mía. Nos parece positivo que haya alguna parte dedicada al fortalecimiento de la red pública, pero le pedíamos al Gobierno Nacional: no lo deje como un condicional por si sobra plata o si hay un excedente, déjelo como una cuestión fija, que se dedique al fortalecimiento y a la actualización tecnológica de la red hospitalaria pública de este país. Que no sea como una eventualidad, sino que sea un dato dentro del presupuesto de la Nación, que está allí el del Fondo Salud Mía.

Pero hay cosas que a nosotros nos parece que no son positivas, en el capítulo segundo del Fondo Salud Mía. Una es lo que tanto se ha mencionado sobre el órgano de dirección, nos parece que acumula mucho poder el Gobierno Nacional. Ahora, las posibilidades de tener presencia de las veedurías o de las entidades de participación social o presencia o acompañamiento o Supervigilancia de otras entidades como la Contraloría o la Procuraduría en ese fondo central Salud Mía.

También le decíamos al Gobierno, miren, en el tema del lenguaje de este proyecto de ley, hay que hacer un gran esfuerzo pedagógico. Ojo, tienen que aclarar que aquí no se está avanzando en una cen-

tralización ni en un hurto, o una rapiña de los recursos de las entidades territoriales que se van a quedar metidos en un fondo central. Eso se tiene que aclarar, aquí no se está atentando ni contra la naturaleza parafiscal de los recursos, no se está atentando contra la descentralización. Pero la redacción no es la mejor, por lo tanto ahí hay una oportunidad de mejora en esa redacción.

El capítulo tres, el que tiene que ver con el denominado Mi Plan que ahora veo que tiene otra serie de acepciones como nuestro plan, tu plan, que entonces se debería llamar más bien El Plan, en El Plan, creemos nosotros que es muy positivo que se diga, que se incluye en lo no POS y que es para todas las patologías, eso es un avance sustantivo frente a lo que tenemos hoy. Pero ese avance en esa redacción, se puede ver opacado si hay una serie de terminologías que no se mejoran o no se excluyen, por ejemplo: se sigue trayendo un lenguaje, Ministro, que se usó en la emergencia social, era el tema de lo sunuario, lo cosmético y la pertinencia clínica. Si esto, si los Gestores del futuro, los administradores tienen el mismo ADN de las EPS de hoy, con toda seguridad, esos tres conceptos como el del sunuario, el cosmético y la pertinencia clínica, van a ser usados en contra de la gente para excluir cosas de ese plan y para generar excedentes. Ojo, ese es un punto en el que usted puede mejorar la redacción y si quiere haga un glosario de términos, para que taxativamente diga de qué se trata, para que no se lleve a dar lugar a interpretaciones por parte de los agentes.

Y una cosa que no había dicho la semana pasada y que la traigo acá: es muy curioso que en el tema de Mi Plan, ese nuevo instituto de evaluación de tecnologías sanitarias no tenga ningún papel. Ojo, ese es un punto sustantivo de trabajo del IETS, por lo tanto deberían incluirlo allí.

El capítulo cuatro que es el de la prestación. Nosotros consideramos muy positivo que se hable que la salud pública estará a cargo de las entidades territoriales. Si eso hubiera estado claro en los últimos veinte años, yo creo que nos hubiéramos ahorrado muchísimas cosas, pero eso, esa declaración de acá hay que sacarle jugo para que sea una realidad.

¿Qué nos preocupa?, ese cambio de nomenclatura de los prestadores, cuando se habla ya no de baja, mediana y alta complejidad, sino que se habla de primarios, especiales, especializados, complementarios. Ojo, eso, como se los decía, puede solo por si solo es inocuo, pero cuando se entiende que la integración vertical se le va a permitir a los Gestores hasta el nivel primario, es decir hasta lo que hoy conocemos la mediana complejidad, entendemos claramente que aquí lo que se está haciendo es permitir un incremento de la integración vertical. Entonces ese punto, nosotros creemos, que se debe mejorar.

Se dice que las redes van a depender de los Gestores. Nosotros nos resistimos y estamos dispuestos a un debate técnico, solamente le introduzco parte de ese debate, que es cuál: la gran preocupación que tienen algunos técnicos por el asunto del comprador inteligente, porque se lo mencionaba o se lo dicen al Gobierno cómo se va a perder la función de compra inteligente, Ministro, aquí no se va a perder

nada porque eso no se tuvo, aquí no hubo compra inteligente, aquí hubo unos cobradores inteligentes y unos no pagadores estratégicos, eso fue lo que sucedió aquí.

La mezcla, eso que a usted le dicen que es el comprador inteligente y que se debería tener en el sistema, debería ser una resultante como eficiencia de una mezcla de factores: guías de atención, un modelo de atención, basado en la atención primaria en salud, unos pagos especiales. Por ejemplo, pago por desempeño, unas auditorías y supra auditorías, la conjunción del plan y la existencia de algunos indicativos tarifarios. La suma de todo esos factores, debe al final darle esa función, o de comprador inteligente o de eficiencia dentro del sistema.

El capítulo quinto que es el de los Gestores. Ya voy a terminar Senador. Ojo, es necesario que los Gestores no sean sociedades anónimas, los Gestores tienen que tener, los propietarios o los integrantes de esos Gestores tienen que tener nombre, tienen que ser figuras de carne y hueso, porque o sino las nobles intensiones como el paz y salvo de los Gestores para pasar a ser, de las EPS para pasar a ser Gestores, se van a perder si usted no puede identificar quiénes son y simplemente se daría un cambio de nombre; pasamos de un lado a otro y dejamos estas deudas allá vivas y nos pasamos al otro lado porque no lo permiten. Eso no se puede permitir.

¿Es positivo?, yo no sé. Aquí hoy están de celebración porque se abre una EPS mixta, tal vez sería mejor que estuvieran celebrando que se hubiera abierto la prueba piloto de un Gestor mixto.

Es muy importante que se pueda saber cómo va a ser el conflicto de intereses de ese tipo de instituciones en el futuro. Cuando están teniendo entidades territoriales a la mitad, que tienen que cumplir funciones de inspección, vigilancia y control, y simultáneamente tienen cercanía o propiedad sobre la red hospitalaria y también tienen funciones de inspección, vigilancia y control en el mismo territorio. Ahí hay un conflicto de interés natural, lo tendrán que resolver, ojalá esto sirva como prueba piloto señor Superintendente.

Integración vertical, debe ser cero. Son múltiples los motivos. Lo decía: sí quiero ser reduccionista simplemente digo: mire el caso Colombia de los últimos años, veinte años y verá por qué no se debe hacer integración vertical. Pero la discusión que usted quiere sostener, desde el punto de vista técnico, hay varios capítulos que hay que estudiar: el tema de la calidad, de la libertad de escogencia, el conflicto de intereses, de la corrupción, de los problemas anticompetencia de los recobros y sobre todo una cosa muy interesante, señores Senadores y señoras Senadoras, la oferta redundante, que curioso, uno de los motivos para tener integración vertical era que se iba a crear oferta donde no la había. Si ustedes ven todos los temas de integración vertical, la oferta que construyeron fue al lado de la oferta ya existente en los grandes núcleos urbanos; ahí no se resolvió nada.

Entonces integración vertical debería ser cero. Debo decirle que el nuevo ADN de esos Gestores debería ser administrador puro, administrador puro, no asegurador. Administrador donde tiene dos re-

muneraciones: una fija por esas labores de administración y una variable por si consigue ciertos resultados con el trabajo de administración. Ciertos resultados en términos de salud, punto. No puede haber excedentes derivados de un concepto, que además ya debe ser sepultado que es la Unidad de Pago por Capitación, no puede haber excedentes por el no uso de unos recursos que son para la prestación. Ese es un punto que yo creo que usted ve como, señor Ministro, todos los que hablan acá en estos foros, estamos coincidiendo.

El capítulo seis, que es el del tema de los planes complementarios, lo decíamos y lo repito el día de hoy: yo creo que eso es la mezcla de dos macro conceptos entre lo público y lo privado, entre lo obligatorio y lo voluntario, entre el gasto público y el gasto de bolsillo. Creemos que la intensión es buena, pero no se debería mezclar. Ese es un capítulo que se debe eliminar todo.

El capítulo siete, señor Superintendente, que tiene que ver con inspección, vigilancia y control. Es muy positivo el avance hacia la oralidad y es muy positivo que el no cumplimiento de las conciliaciones sea un hecho punible. ¿Nos preocupa qué?, ojo, dos cosas: primero, que la oralidad, es decir, en aras de la brevedad, vayamos a perder el debido proceso y segundo, que usted no avance hacia la descentralización pura de la entidad, o si no se va a mantener el conflicto de intereses con las entidades territoriales. Ese es un punto que le dejamos para su estudio.

En las transiciones, creemos que la transición es una transición muy larga. Lo dije hace ocho días y lo vuelvo a repetir, dos años de transición, ahí sí que se van a llevar lo poquito que quedó en este sistema, ojo, esto debería ser una transición casi que inmediata.

Y el capítulo nueve que es el capítulo final, creemos que es positivo que exista un fondo de garantías para el sector, que haga un salvamento hospitalario, que la DIAN se encargue de cobrarle esa sesión de cartera, a quien, a los que originalmente tienen la deuda y que usted modifique, ustedes modifiquen ese texto, para que no esté esa parte odioso de la participación transitoria del Estado dentro de los capitales de esas instituciones. Eso se debe eliminar.

Mis observaciones finales. Hay unos faltantes críticos del. Ya voy a terminar que no me puedo quedar aquí en este punto que me falta. Mire, hay unas partes que quedaron faltando en el proyecto de ley, ojo: atención primaria en salud, sí, sabemos que esta la 1122 y está la 1438, pero debería traerse acá, lo hemos repetido hasta el cansancio. Creemos que atención primaria en salud es la verdadera locomotora que debería tener este país, porque junta el sistema de educación, el sistema de empleo y el sistema de salud. Ahí hay un gran potencial.

Las redes integradas de servicios de salud, también se deben traer cosas muy buenas de la 1438. No eliminarlas como se hace en este proyecto, traerlas y darles un talante de autodeterminación y además debe de haber un cambio en la gobernanza. Lo que yo les decía a ustedes jocosamente, que en el lenguaje de este proyecto de ley que es Mi Plan, Salud Mía, se creará Mi Consejo, es decir, como una especie de nuevo organismo rector, que haga las veces

de gran junta directiva del sistema. Eso mejoraría la gobernabilidad del sistema.

La secuencia que le decía, señor Ministro: crisis-transición y reforma, ojo, estamos mirando la reforma, pero en el presente hay una enorme crisis y la transición debe ser corta. Para la crisis hay varias cosas que hay que utilizar que usted tienen en la mano, la Ley 1608 se le entro a usted este Congreso y todavía hay cosa como el giro directo, especialmente en régimen contributivo, que no se estrenan. Avance por ese lado.

El gobierno acaba de lanzar un plan que lo llama El Plan de Impulso para la Productividad y el Empleo, el PIPE, por favor, ese podría ser un punto importante de mitigación de la crisis en este momento. Nosotros le hacemos ese llamado.

Y mi comentario final: mire, yo creo que nosotros y esto podrá sonar muy romántico, pero nosotros podríamos tener el mejor sistema de salud del mundo. Con las instituciones que tenemos, con la financiación que tenemos, con la participación social que tenemos, con la capacidades que ya están formadas. Pero veo que hay una serie de fuerzas que nos hacen llegar como hacia el miserabilismo de que no podemos, de que conformémonos con lo que tenemos porque antes es muchas gracias.

La invitación es para que en este proyecto de ley se puedan derrotar esas dos fuerzas: la primera, la de los expertos en crisis, claro, es que a un experto en crisis si le quitan la crisis, pues se le acabo el trabajo. La segunda, la de todos estos que hacen esas posiciones péfidas, como las que estamos viendo hoy en los medios de comunicación donde dicen: estamos listos para el patíbulo. Por favor, sometieron al patíbulo a mucha gente, al patíbulo virtual a mucha gente.

Ellos están ocultando que hay un gran miedo por perder el control sobre los billones que han manejado durante todo este tiempo. Entonces, señores Congresistas y señor Gobierno y usuarios, es el momento del cambio, hay mucha gente sufriendo, hay voluntad política y combustible político, es el momento de aprovechar esto y dar un salto cualitativo hacia un mejor sistema de salud. Muchas gracias.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Ok, muy bien, a usted doctor Juan Carlos.

**Doctor Gustavo Morales, Superintendente Nacional de Salud:**

Hemos recogido, desde la Superintendencia muchas de las inquietudes que se han planteado esta tarde y pues creo que las analizaremos, las formalizaremos, para presentarle algunas ideas al Ministerio y por conducto del Ministerio a la Comisión Séptima del Senado.

Pero creo importante explicar, muy rápidamente repito, cuál es la idea general de los artículos que ya están en el proyecto de reforma, el proyecto ordinario, el proyecto de ley ordinario.

Ustedes bien saben que una Superintendencia cualquiera, esta no es la excepción, simplificando mucho, hace tres grandes tipos de actividades: por un lado, pues sanciona, es como la modalidad más conocida y más contundente de control, a sus vigi-

lados cuando violan las regulaciones que rigen su comportamiento. Ese es como el mundo sancionatorio, por otro lado, para garantizar que el sistema funcione bien, las Superintendencias en general son como puertas de entrada, es decir, deben los vigilados acreditar, pedir permisos, pedir licencias, para poder jugar el torneo, para poder jugar en el sector; eso podríamos llamarlo el mundo de la acreditación: el primer mundo es el de las sanciones, el segundo mundo es el de las acreditaciones. Tal vez la más conocida de esas acreditaciones es la nada menos que la habilitación para funcionar; es decir, la posibilidad de jugar el torneo. Hay otras, hay una que por ejemplo; yo pongo de ejemplo porque me parece un poco absurda, pero que la menciono porque ilustra bien esta categoría de actividades de una Superintendencia: nosotros en la Superintendencia de Salud tenemos que autorizar previamente las campañas publicitarias de nuestros vigilados. Entonces hay un grupo de funcionarios que se tiene que dedicar a opinar si el logo de un hospital o de una EPS debe ser amarillo o azul, o la letra está muy grande o pequeña. Pero repito, menciono ese ejemplo es para ilustrar que también acreditamos cosas.

Y lo tercero que hacemos, es tomar medidas preventivas para garantizar lo que haya que garantizar, en nuestro caso la prestación del servicio.

Esas son medidas inmediatas, en la jerga de salud se conocen como medidas especiales, que no son sancionatorias, es más, diría uno que son lo contrario a sancionatorias. En ellas no se aplica el debido proceso, en ellas no hay que hacer mayor trabajo probatorio, porque lo que estamos es apago un incendio, precisamente con el objeto, repito, de garantizar la prestación del servicio.

Para realizar esas tres actividades las Superintendencias hacen muchas otras cosas: recaudan información, expiden normas, atienden quejas y reclamos, hacen visitas, en fin. Pero todas ellas son para realizar alguna de estas tres actividades: sancionar, acreditar o proteger.

Y pues podríamos quedarnos aquí toda la tarde explicando los problemas y las falencias que tiene la Superintendencia para ejercer esas tres actividades, pero lo que quiero decirles es que en muy buena medida los esfuerzos que hay que hacer para mejorar a la Superintendencia en esas actividades, no requieren reforma legal. Ya en buena medida el legislador en el 93, en el 2007, en el 2011, dotó a la Superintendencia de facultades, de instrumentos, de herramientas, de reglas, para poder hacer bien estas actividades y de hecho, señor Presidente, en la restructuración de la entidad, que se va a anunciar a más tardar el 15 de junio, porque esa, pues, termina el plazo para hacer este tipo de restructuraciones, se va a presentar una nueva estructura de la Superintendencia, que procura mejorar o atender algunas de las falencias que le impiden hacer cada una de estas funciones.

Dado eso, dado que no se requiere ley para mejorar la Superintendencia en la mayoría de sus falencias, ustedes van a encontrar que lo que hay en la ley, pues no son muchos artículos, pero apuntan a dos o tres cosas importantes, que esas sí requerían algún tipo de reforma legal.

Lo primero es que ahí hay unos párrafos, unos artículos en el proyecto, que procuran precisar conceptualmente lo que les acabo de explicar: que en las medidas especiales, estas cautelares, preventivas, la más conocida de las cuales es la intervención, pero no la única, son distintas en su naturaleza a las sanciones. En un ejemplo caricaturesco, pero creo que con suficiente poder explicativo, puede decirse que en un caso estamos mandando al paciente a cuidados intensivos y en otro al paredón. Y un problema muy complicado que se ha presentado en los últimos años en la Superintendencia, es que se han confundido las dos cosas. Entonces como la gente cree que por ejemplo una intervención es una sanción, exige que se aplique el debido proceso y se nos han caído procesos de intervención porque no hemos aplicado el debido proceso. Justamente no hay que aplicar el debido proceso, porque no estoy sancionando a nadie, estoy salvando a alguien. Y al mismo, muchas veces se nos han caído sanciones, pero no hemos seguido la lógica de una intervención, cuando precisamente una intervención no lleva la lógica de una sanción. Yo sé que es un tecnicismo jurídico, pero créanme que en el día a día de la Superintendencia, se nos va la vida tratando de precisar estas cuestiones, es una parte del proyecto de ley en el capítulo de inspección y control, se dedica como a precisar conceptualmente eso.

Y una vez precisado eso, se hacen dos aportes, que ojalá pues el Congreso apruebe, aunque seguramente le caben perfeccionamientos a la redacción: uno es, ya ubicados en el ámbito puro de las sanciones y precisado que es distinto al de las medidas especiales y de las intervenciones, le estamos pidiendo al Congreso que nos permita, como lo explicaba bien el doctor Giraldo, que esos procedimientos puedan ser orales, y sí, doctor Giraldo, seguramente vamos a tener que tener buen cuidado en no atropellar el debido proceso en esas audiencias orales, pero creo que ese riesgo hay que correrlo porque lo que está sucediendo ahora pues no beneficia al sistema, ni a los usuarios del sistema.

¿Qué está ocurriendo ahora?, que procesos elementales, muy sencillos, que no tienen ninguna dificultad probatoria, se están demorando cinco y seis años en terminar su curso. Entonces le estamos pidiendo al Congreso que nos permita en algunos casos, y obviamente eso se reglamentará cuidadosamente, manejar el tema oralmente. Para que no pase lo que ha pasado en las últimas semanas, donde el Superintendente sanciona con multas de cuatro y cinco millones de pesos, pequeñas contravenciones ocurridas hace seis o siete años, que no están protegiendo a nadie, que no están causando temor reverencial en nadie, que es de lo que se trata una sanción, de que la gente sepa que si comete esa conducta, le va a doler.

Y le estamos pidiendo al Congreso también, que nos precise en unos artículos que ustedes ven ahí en el proyecto, ¿Cuál es exactamente el régimen de las medidas especiales?

En estos veinte años lo que ha pasado es que se ha hecho una remisión; por ahí en la Ley 100 se dice: para las medidas especiales, Superintendencia de Salud, aplique el estatuto financiero. Y eso tiene cierta lógica porque el estatuto financiero es como,

o es en el sector financiero donde más se aplican este tipo de medidas cautelares especiales. Pero le estamos pidiendo al Congreso que nos permita tener un régimen que complementa lo que está en el estatuto financiero, atendiendo las obvias diferencias y las obvias particularidades del sector salud.

Y finalmente ahí hay una norma que nos permitiría delegarle funciones de inspección, vigilancia y control, a las entidades territoriales. Hoy en día esa norma existe en la Ley 1438, pero se le puso una talanquera que hasta ahora hemos visto que es insuperable y es que se dijo que se podía hacer esa delegación, solo en entidades acreditadas. Y realmente no hay en el país entidades territoriales o autoridades de salud acreditadas; acreditadas quiere decir pues sometidas al proceso de acreditación, hoy en día en manos de Icontec, y no se ve en el mediano plazo que eso vaya a ocurrir. De modo que creemos que una flexibilización de esa talanquera, que en su momento seguramente tenía razón, puede ser útil y obviamente habrá que pensar más bien en qué tipo de requisitos habrá que exigirle a la entidad territorial para que pueda ser delegada. Y habrá que tener muy buen cuidado y lo que anotaba el doctor Giraldo, si por otro lado el proyecto de ley promueve que las entidades territoriales sean, de alguna manera Gestoras o administradoras en el sistema, pues el tema del conflicto de intereses se vuelve más acuciante aun.

Esos son como la propuesta muy elemental que hay sobre inspección, vigilancia y control en el proyecto de ley. Son tres o cuatro ideas básicas, pero sería muy importante si llegara a aprobarse. Muchísimas gracias, señor Presidente.

**Presidente (e), Vicepresidente, honorable Senador Edinson Delgado Ruiz:**

Señor Ministro, doctor Alejandro Gaviria, tiene usted el uso de la palabra.

**Doctor Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social:**

Bueno, muy buenas tardes, ya casi noches, para todos. Muchas gracias Senadores, por haber liderado este proceso. Vamos en la audiencia número ocho, hemos tenido muchos foros, hemos estado dialogando sobre este tema ya varias semanas.

Quiero organizar mi comentario de la siguiente manera: voy a hacer primero una reflexión sobre este tipo de ejercicios participativos para todos y después apunte, rápidamente diez puntos, los que más me llamaron la atención. Donde quisiera de manera esquemática, casi telegráfica, dar mis opiniones.

Cuando estaba escuchando atentamente los comentarios de todos, me recordé de una frase de Nicolás Gómez Dávila, que escribió por allá y citó: "el diálogo pervierte a sus participantes, o porfian por pugnacidad, o conceden por desidia" y eso es lo que no podemos dejar que nos pase y por lo tanto este diálogo, que como lo ha dicho muchas veces el Senador Ballesteros, para que esto sea una construcción colectiva, todos tenemos que tener cierta provisionalidad en nuestras opiniones. Esto es, todos tenemos que tener nuestra mente abierta. Desafortunadamente es de las cosas más difíciles que hay en la vida, todos porfiamos por pugnacidad, o

cuando concedemos muchas veces es por decidía y el diálogo social no es fácil, porque de alguna manera va en contravía de ciertas tendencias que yo las llamaría antropológicas; a los seres humanos no nos gusta cambiar de opinión y cuando lo hacemos lo hacemos de manera un poco artificial.

Y para mí, y para todos, yo creo que esta ha sido una experiencia aleccionadora en ese sentido. Pero yo sí quisiera llamar la atención sobre dos o tres aspectos importantísimos, creo yo, para que este diálogo social sirva. Uno es el siguiente y yo creo que hay una gran dificultad, ¿dónde está el amigo de Manizales?, que hubo hermano. Lo que usted hizo fue muy importante para todos, nos mostró una cosa, nos dejó una lección y es que todos estamos de acuerdo en algo, en los objetivos y nos mostró también otro aspecto muy importante y es que esa labor suya de articular la impaciencia ciudadana es importante. Desafortunadamente hay una complejidad y es que no nos podemos quedar allí. El consenso en los objetivos, la capacidad para articular esa impaciencia ciudadana, que es la labor que tienen que hacer los políticos muchas veces, es una labor incompleta, tenemos que ofrecer soluciones y tenemos que meternos en el barullo mucho más complicado, de cuáles son los medios propicios o los medios más eficaces, para hacer que esos objetivos, su listado de preguntas exhaustivas, se cumpla. Y eso es más difícil porque allí en la discusión sobre los medios nos vamos a enredar y los desacuerdos van a empezar a florecer, uno tras otro, y eso no es fácil. Por lo tanto, para poder que este diálogo sea productivo, primer punto clave, creo yo, pongámonos de acuerdo sobre ciertos hechos básicos, hay ciertas cosas que yo oí esta tarde aquí, que no son verdad y que deberíamos alejarlas de una vez de la discusión.

Por ejemplo se dijo: hay una disminución del esfuerzo fiscal de la Nación en salud. El gasto público en salud, doctor Jairo Humberto, por lo menos se duplicó en este país en los últimos veinte años y eso hay que decirlo y decirlo claramente.

También se dijo aquí: todas las EPS son iguales. No todas las EPS son iguales, bajo cualquier rasero objetivo hay diferencias, hay diferencias importantes y ese tipo de juicios fundamentalistas no nos va a llevar a que este diálogo sea un diálogo constructivo. No es lo mismo Humana Vivir que EPS Sura, de ninguna manera; no es lo mismo Cajacopi que Compensar, de ninguna manera. Y yo creo que como sociedad tenemos que ser capaces de entender esas diferencias.

También en esta discusión, se dijo aquí y se desconoció creo yo y por lo tanto creo que es importante que leamos los proyectos de ley, que, o se sugirió, que no había en el articulado o en el Proyecto de ley número 210 ninguna iniciativa que propenda hacer gestión del conocimiento, cuando en el artículo del plan de beneficios lo que estamos haciendo es eso y estamos avanzando en lo que se conoce internacionalmente como la anuencia previa, esto es que el Ministerio de Salud y Protección Social tenga que conceptuar sobre las patentes en el tema de salud, entonces estábamos haciendo lo contrario a lo que se dijo y así, vuelvo y repito, va a ser muy difícil avanzar en el diálogo objetivo, de pronto del lado

mío también hay errores, o del lado nuestro como Ministerio.

Pero yo creo que no se puede caricaturizar esta discusión, diciendo: aquí estamos nosotros, porfiando por pugnacidad o simplemente capturado por intereses agazapados, entre todos creo yo, no asiste la buena fe. Y estamos aquí con los señores Senadores, sentándonos de manera paciente, constructiva, oyendo las propuestas, yo ya he llenado dos libretas de estas, tratando de mejorar esto. Pero vuelvo y repito, no es fácil, ningún país del mundo tiene un sistema de salud perfecto. No se resuelven los problemas simplemente con cierto moralismo fácil, es decir, bueno aquí tenemos que desterrar los intereses que han cooptado, o las fuerzas oscuras que han dominado este debate durante mucho tiempo, ojalá fuera eso no más. La moralidad tiene que estar como parte de este debate, pero hay algo más complejo que eso. Por lo tanto yo tampoco estoy de acuerdo con ciertas caricaturas, como si esto se tratara por ejemplo de escoger entre un contexto de cooperación, otro de competencia, de pronto las dos cosas se necesitan, aquí yo creo que ya se me fue, estaban el Gerente del Hospital General de Medellín, que levante la mano, ya se fue. Yo le preguntaba ahora, ¿qué ha pasado en estos últimos veinte años con la producción de servicios?, se ha multiplicado por cinco o por seis, porque la competencia ha sido a acicate para ese mejoramiento, la competencia no siempre es mala, en exceso puede llevar a la irracionalidad.

Pero el otro ambiente del otro lado, sería, doctor Luis Alberto, yo a veces de manera caricaturesca digo: hay algunas propuestas que parecen, de los hospitales y de algunos hospitales públicos, que parecen decirnos, un comportamiento que yo he llamado un poquito adolescente; entrégueme la plata y déjeme hacer lo que yo quiera. Quiérame mucho, pero déjeme solo. Hay que tener obligaciones y la competencia desafortunadamente es una de las instituciones que ha inventado la humanidad para disciplinar ciertas conductas. Ahora, no se puede llevar al exceso, no es la única. Tampoco me gusta y lo digo de manera clara, es disyuntiva entre derecho y mercado. El derecho o el derecho fundamental a la salud es un objetivo compartido por todos, el mercado no es otra cosa que un instrumento del que no se puede abusar, porque hay fallas del mercado. Pero aquí nos dijo el amigo de Manizales: no le entreguemos esto a los empresarios. Uno podría decir con la misma vehemencia: cómo le vamos a entregar esto a los políticos locales. Ni lo uno, ni lo otro, hay fallas de mercado y hay fallas de Estado, por eso este negocio es difícil y por eso nos vamos a poner de acuerdo en los objetivos, pero en los medios no tanto, por eso estamos aquí, tratando entre todos de mejorar esto.

Tampoco me gusta la disyuntiva entre salud y enfermedad. Las dos cosas hay que hacerlas y si ustedes miran la evolución o la saben bien, mucho más que yo, de lo que va a pasar con el perfil epidemiológico de los colombianos, seguramente vamos a tener muchos más enfermos de cáncer hacia el futuro, hagamos lo que hagamos, y esos enfermos van a tener que ser atendidos en la enfermedad por el sistema de salud; y vamos a tener más enfermeda-

des crónicas, a medida que la población envejezca, es más o menos inevitable, mas enfermos de diabetes, más enfermos de enfermedades cardiovasculares seguramente, que van a tener que ser atendidos en su enfermedad y atendidos en dignidad por el sistema de salud.

Todo esta cantaleta, yo siempre empiezo, ya usted me conoce, con un regaño. Este era el regaño en buen tono, simplemente es una reflexión para todos y lo que quiero transmitir es la complejidad. Si esto fuera fácil ya se hubiera hecho, si esto fuera fácil habríamos o habría bastado con la 1122 o la 1438, si esto fuera fácil podríamos ir a un país del mundo y copiar lo que ya hicieron, desafortunadamente esto no es fácil.

Mis diez puntos, así de manera telegráfica: tema de talento humano, yo creo que tienen razón los que dicen que algo falta en ese sentido en la ley, pero yo les quiero de nuevo transmitir algo de complejidad; se ha dicho por ejemplo: es muy importante la capacidad resolutoria de los médicos generales, todos estamos de acuerdo en eso, es más fácil decirlo que hacerlo y la ley solo puede dar algunas condiciones generales.

El tema de la oferta de especialistas, sobre todo la oferta de especialistas en las regiones apartadas, es uno de los grandes desafíos pendientes para esta sociedad. Bogotá se concentra en muchas especialidades, no en las básicas, pero en muchas de las otras, 50% de los especialistas, 50% de los urólogos por ejemplo están en Bogotá. Y la sociedad colombiana ha venido concentrando en cuatro o cinco centros urbanos sus capacidades, no solamente en el tema de salud y allí hay un gran desafío para nuestra sociedad como un todo.

Me prometí que vamos a revisar el tema de servicio social obligatorio, que yo creo que obedece a unas circunstancias distintas, de pronto algo que podemos cambiar. Me preocupó el conflicto que tuvimos en comienzos del año, es distinto al que estamos teniendo ahora. Les doy un dato que también es preocupante, de seiscientas plazas de servicio social obligatorio, el concurso que tuvimos en abril solo tuvimos doscientas llenas, cuatrocientos hospitales públicos de nuestro país se quedaron esperando la llegada de los médicos rurales y eso es preocupante.

Sobre áreas de gestión, hay un debate interesante sobre si deben ser departamentales o no. Si son departamentales yo creo que se facilita cierta coordinación, pero no podemos perder de vista que la división política administrativa de nuestro país, muchas veces conspira o va en contravía de la realidad geográfica. El sur de Bolívar queda muy lejos de Cartagena y está ahí no más, pegado dijéramos a Santander y yo creo que eso hay que tenerlo en cuenta también en un diseño de las áreas de gestión sanitaria y ahí vamos a tener que tener de nuevo una atención o permitir las dos cosas.

Hay un debate muy interesante sobre los excedentes de las Gestoras de servicios de salud, con opiniones diversas, yo simplemente quiero transmitirles la complejidad y la complejidad que están enfrentando todos los países del mundo, dada la presión tecnológica. Dado ese divorcio que existe entre valor y precio en la medicina. Medicinas nuevas o

tecnologías nuevas que valen diez, quince, veinte, treinta veces más, pero con un valor terapéutico cuestionable.

Comentábamos con el Superintendente, esa edición reciente de la Revista Time, que nos mostraba cómo el Acetaminofén cuesta diez veces más en las facturas de muchos hospitales en los Estados Unidos de lo que cuesta la droguería cruzando la esquina. Y si uno no tiene a alguien que le duela el bolsillo, al que diga: no voy a pagar esto, no puedo pagar. Ese alguien muchas veces no puede ser el Estado, porque el Estado es más vulnerable a las presiones y puede ser más fácilmente capturado. Y desafortunadamente los excedentes, las ganancias, son una forma de transmitir estos incentivos para, llamémoslo los compradores inteligentes, pero si se dejan esos no más, caemos en lo que hemos caído y por eso doctor Jairo Humberto, usted se queja de los Gestores que tienen esta naturaleza ambigua, híbrida, y yo he dicho, si se quiere, de manera trágica, de pronto es la que tienen que tener, porque tienen que hacer esa doble función de ser representantes del usuario y garantizar los resultados en salud, pero también de cuidar los recursos.

Sobre el régimen subsidiado y régimen contributivo, yo estoy de acuerdo que es una distribución antipática, doctor Guerrero, y la única forma que tenemos de defenderla es con razones un poco pragmáticas, algunas que señalan por ejemplo la dificultad en el régimen subsidiado, de cubrir las incapacidades por enfermedad general y la licencias de maternidad, cosa que el sistema no sería capaz de cubrir hoy en día y lo hemos planteado simplemente como una transición y hemos cerrado muchas de las brechas que en la práctica son las más nocivas. Ya los Gestores podrán estar en los dos lados, ya los planes de beneficios son exactamente los mismos y si persisten las unidades de pago por capitación, serán iguales.

El quinto punto tiene que ver con la participación social. Yo creo que en eso tienen razón, es un punto que nos han hecho una y otra vez, tiene que haber más participación, dijéramos, de la sociedad. Teniendo en cuenta que la participación es compleja, porque no muchas veces saben a quién representan los que participan. Lo voy a decir de la manera más gráfica si se quiere: aquí están sentados los señores Senadores, o sea ellos a quienes representan, los electores lo saben bien. Ellos son los representantes, han sido investidos por la sociedad y por lo tanto tienen una autoridad que no tenemos nosotros, ninguno aquí. Entonces nuestro amigo de Manizales representa a un grupo, pero no sabemos bien quién es y por lo tanto muchas veces esa participación es víctima de lo que se llama la lógica de la acción colectiva, y es que los intereses más concentrados terminan cooptando esos espacios de participación formales. Y vencer esa lógica de la acción colectiva no es fácil, ha sido uno de esos dilemas.

Los economistas hemos tenido un papel en la vida, uno solo, aguafiestas, y aguafiestas quiere decir señalar la complejidad de ciertas cosas y señalar un poco que el cambio social es una empresa difícil, que no basta con la suma de voluntades como decíamos esta mañana, muchas veces.

Punto número siete, yo creo que tenemos que incluir algo sobre las ESE, aquí se ha dicho varias veces. Nosotros queríamos plantear un estatuto de las ESE, queremos ayudarle doctora Luz María, muchas gracias por la compañía de todo el día, lo mismo Carlos Mario. A la labor que ustedes tienen que hacer, organizando ese tema de la prestación, yo en eso si estoy de acuerdo, esta diversidad de Empresas Sociales del Estado no tiene sentido, es completamente irracional, dos ESE de dos municipios contiguos compitiendo con vender servicios no tiene sentido y en eso yo creo que podemos avanzar en la propuesta, en un buen sentido.

El punto ocho tiene que ver con algo que dijo el doctor Juan Carlos Giraldo y con la EPS mixta, donde se hablaba de conflicto de intereses. De pronto hay un conflicto de interés, pero hay algo que es positivo y es que también hay articulación de ciertas cosas que han estado dispersas y demuestra de nuevo la dificultad de ciertas cosas. Cuando yo lo vi en la celebración que hicimos esta mañana, era porque en esta entidad pública y privada, lo público iba a estar allí, iba a estar allí con una doble camiseta, la camiseta de los usuarios, de los objetivos sociales, ellos tienen que rendirle cuentas a la ciudadanía, pero también si se quiere la camiseta de los hospitales públicos y eso yo lo veía como positivo, porque iba a permitir, va a permitir, estoy seguro, una mejor articulación de dos elementos que han estado articulados.

Entonces a veces el conflicto de intereses no es malo, a veces el conflicto de intereses significa algo que ustedes han reclamado esta tarde una y otra vez, que es la coordinación.

Hemos apuntado y yo creo que en eso tiene razón, algunos aspectos puntuales, algo vamos a tener, que tener de pronto más de atención primaria en salud, señores Senadores. Hay también algunos puntos sobre las prescripción de las facturas, algunos puntos que señaló puntuales el doctor Juan Carlos Giraldo, sobre eso hemos tomado nota y estoy seguro, y con este punto ya termino y es el último, de que ya podemos hacer si se quiere un balance preliminar de estas audiencias públicas y el balance es claramente positivo. Yo creo que después de dos semanas de discusión, ya tres casi, de escuchar muchas opiniones, de tomar nota, de pensar muchas veces esto que hago yo, pensar en voz alta, hemos venido mejorando el proyecto. Vamos a tomar algunos aspectos del Proyecto de ley número 233, vamos a dar, doctor Jairo Humberto, este debate con paso firme y seguro, porque también yo creo que hay un sentido de urgencia. A nosotros, sobre todo

aquí a los señores Senadores la ciudadanía les está reclamando acciones.

Entonces solo sobra decir que a pesar de que estos ejercicios comienzan a veces a cansarnos y a veces a mí se me ha agotado la paciencia, estoy seguro que vamos a seguir mejorando el proyecto de ley y que tendremos, ojalá hacia el final de año, ojalá más pronto, una reforma de salud, que le va a servir a todos los colombianos y que como bien decía nuestro amigo de Manizales, va a...

**Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:**

En el entendido de que los colombianos todos requieren de un nuevo modelo de salud y en eso estamos empeñados. Estamos escuchando distintas posturas de orden ideológico, de denuncias, posturas técnicas, pero esa es la pretensión de esta Comisión. Finalmente lograr, como hemos dicho, la construcción colectiva de un proyecto que responda a todos los requerimientos de los colombianos, bajo el entendido de que no hay fórmulas mágicas. Muchas gracias y buenas noches.

**Secretario, doctor Jesús María España Vergara:**

El señor Presidente de la Comisión, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, declara formalmente concluida esta octava audiencia pública. La Comisión Séptima del Senado de la República reitera su gratitud con la señora Decana de la Facultad de Medicina, con la doctora Mónica Uribe, e igualmente nuestra gratitud para con la doctora Lilibian Jaramillo, sin esos apoyos este evento hubiese sido más difícil realizarlo para la Comisión Séptima. Gracias a todos los asistentes y muy buenas noches.

Siendo las seis veintinueve (06:29 p. m.), se da por terminada la audiencia pública, que se inició a las dos y diez de la tarde (02:10 p. m.) de hoy lunes 29 de abril de 2013.

**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 08**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Medellín, el día **lunes veintinueve (29) de abril de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*