



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° 734

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

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013

(mayo 7)

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

Bogotá, D. C., martes siete (7) de mayo de 2013

Siendo las nueve y veinticinco minutos de la mañana (9:25 a. m.), del día martes siete (7) de mayo de dos mil trece (2013), en la ciudad de Cali, actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, el honorable Senador *Édinson Delgado Ruiz*, en su calidad de Vicepresidente, y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara*, se dio inicio a la Audiencia Pública programada para la fecha, llevada a cabo en “Auditorio Carlos Manzano” del Hospital Universitario del Valle, Cali, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Para la Audiencia Pública del día martes 7 de mayo de 2013

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2013

(mayo 7)

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

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

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

Número de artículos: doce (12).

Fecha de radicación Senado: agosto 1° de 2012.

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

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 488 de 2013.

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

Hora: de 09:00 a. m. a 01:00 p. m.

Lugar: “Auditorio Carlos Manzano” del Hospital Universitario del Valle – Cali.

ORDEN DEL DÍA

1. **Apertura de la Audiencia** (señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado): honorable Senador, doctor *Édinson Delgado Ruiz*.

2. De **9:00 a. m. a 9:10 a. m.**: Inscripción de Intervinientes que acrediten y registren en medio físico y/o digital, ante la Secretaría de la Comisión, Propuestas Reformatorias al Sistema de Seguridad Social en Salud. No se dará el uso de la palabra a quien no acredite tal requisito.

3. Invitados:

3.1. Actores Regionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento del Valle del Cauca.

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 Cali y del departamento del Valle.

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	Entidad
1	Ramiro Guerrero	Director del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de las Proesa de la Universidad Icesi
2	María Fernanda Tobar Blandón	Coordinadora Extensión y Proyección Social – Facultad de Salud – Escuela de Salud Pública – Universidad del Valle Intervención
3	Óscar Piñeros Md	Director Programa Oftalmología – Universidad del Valle
4	Fredy Rivera Cobo	Gerente Regional de Colmédica Medicina Prepagada
5	Fabián Cardona Medina	Servicio Occidental de Salud S. A. – SOS EPS
6	Marcela Arrivillaga Quintero	Pontificia Universidad Javeriana de Cali
7	Yadira E. Borrero Ramírez	Pontificia Universidad Javeriana de Cali
8	Alger Ledezma	
9	José Lino Avirama	
10	Nery Bolaños Gaviria	
11	Aristarco Mosquera	
12	María Eugenia Ibarra	
13	Vicente Bermúdez	
14	Lida Ramírez	
15	Margarita Muñoz	
16	Elder Alemeza	
17	Juan Carlos Solano Celular 3167008230	
18	Harold Aldana Granobles	Universidad del Valle – Facultad de Salud – Escuela de Salud Pública
19	Manuel Vicente Llanos Castillo	Facultad de Salud, Universidad del Valle.
20	Teresa Idrobo	Universidad Santiago de Cali
21	Cilia Teresa Meneses	Universidad Santiago de Cali

Nº	Nombres	Entidad
22	Aldemar Sarria	Universidad Santiago de Cali
23	Silvia María Camilo	Universidad Santiago de Cali
24	Magola Ulcue	Universidad Santiago de Cali
25	Clementina Erazo	Universidad Santiago de Cali Intervención
26	Eulalio Llantén	Universidad Santiago de Cali
27	Rafael Orlando Chauz	Universidad Santiago de Cali
28	Julio Eurípides Mosquera	Universidad Santiago de Cali
29	Eldar Imbachi	Universidad Santiago de Cali
30	Aldemar Galíndez	Universidad Santiago de Cali
31	Edith Angulo	Universidad Santiago de Cali
32	Rud Ermila Meneses	Universidad Santiago de Cali
33	Nelson Alirio Bolaños	Universidad Santiago de Cali
34	Nino Latorre	Universidad Santiago de Cali
35	Epifanio Flores	Universidad Santiago de Cali
36	Evaristo Navia	Universidad Santiago de Cali Intervención
37	Raúl Mosquera	Universidad Santiago de Cali
38	Asarely Chirimuscay	Universidad Santiago de Cali
39	Ómar Tunubala	Universidad Santiago de Cali
40	Luz Dary Navia	Universidad Santiago de Cali
41	Cruz María Días	Universidad Santiago de Cali
42	Plutarco Sánchez	Universidad Santiago de Cali
43	Arnobia Villegas	Universidad Santiago de Cali
44	Ignacio Valencia	
45	Esther Liliana Ramírez	
46	Eider Ospina	
47	José Noé González	
48	Álvaro Giraldo	
49	Inés Cardoso	
50	Jhon Jairo Salazar	
51	Yolanda Rivera	
52	Marleny Ramírez	
53	Olga Lucía Valbuena	
54	Yolima Mariela Díaz	
55	Virginia Gaitán	
56	María Elida Castro	
57	María Cruz Quinayas	
58	Carlos Cerón	
59	José Luis Díaz	
60	Gustavo Muñoz Bravo	
61	Fabián Andrés Urrea C.	
62	Jaime Domínguez Navia	Presidente, Fundación Clínica Infantil Club Noel
63	Ómar Toro González	Director Médico Fundación Clínica Infantil Club Noel
64	María Eugenia Mera Giraldo	Directora Administrativa y Financiera Fundación Clínica Infantil Club Noel
65	Julio César Loaiza Quintero	Consultor
66	Nubia Peñuela	
67	Marino Sierra	
68	Nhora Lucía Arias	
69	Margarita María Cañaveral Castañón.	Salud Mental de La Secretaría de Salud Departamental Salud
70	Adrián Felipe Romero Ocampo	Estudiante de Tercer Año de Medicina y Cirugía – Universidad del Valle
71	Heriberto Asprilla Castaño	Representante Estudiantil de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle
72	Mercedes Salcedo Cifuentes	Soy Docente Asociada de la Facultad de Salud de La Universidad del Valle
73	Fernando Gutiérrez	Secretario de Salud El Valle.

Nº	Nombres	Entidad
74	Hugo Eduardo Cedeño Espinoza	Gerente IPS del Municipio de Cartago de E.S.E
75	Jaime Hernando Navia Madriñán	Subgerente Científico IPS del municipio de Cartago de E.S.E
76	Nelson García Pérez	
77	Erika Mendoza Duque	Estudiante Maestría Salud Pública Universidad del Valle
78	Luis Alberto Tafur Calderón, Md	Profesor Titular Universidad del Valle
79	Edilso Solarte	
80	Ruberia Ruano	
81	Rosalino Córdoba	
82	Benancio Erazo	
83	José Alveiro Lasso	
84	Elsa Nidia Bolaños	
85	Francisco Bastidas	
86	Emigdio Bambague	
87	Jimminson Carabali	
88	Azael Nazarit	
89	Aureliano Caicedo	
90	Jhonatan David Guaza	
91	Hiber Mina	
92	Octavio Cortez	
93	Justiniano Mina	
94	Julio Alberto Cuéllar	
95	Humberto Troyano	
96	José Ramiro Fernández	
97	Jesús Albeiro Pérez	
98	Luis Fernando Paz	
99	Olga Lucía Realpe	
100	Melfi María Bello	
101	Germán Erico Puliche	
102	María Orfilia Flor	Intervención
103	Buenaventura Salinas	
104	Ilda Julieta Ríos	
105	Fabián Méndez, Md	Director de La Escuela de Salud Pública de La Universidad del Valle.
106	Adriana García Jiménez	Secretaria Ejecutiva Hospital departamental de Buenaventura
107	Mauricio Martínez Prado	Secretario de Salud Alcaldía Cerrito – Valle
108	Óscar Adolfo Perdomo	Alcaldía Cerrito – Valle
109	Carlos Martín Reyes Reyes	Gerente del Hospital San Rafael – Alcaldía Cerrito – Valle
110	Sara Saltaren Bouzas	Federación de Estudiantes Universitarios Feu – Colombia
111	Judy Elena Villavicencio Flórez	Facultad de Salud Universidad del Valle
112	Norma Hurtado Sánchez	Concejal Municipal de Santiago de Cali
113	Ana María Sterling B (Asistente)	Concejo Municipal de Santiago de Cali
114	Edilson de Jesús Álvarez Castañeda Celular: 311 356 65 11	Gestarsalud: Empresa Emsanar. Cargo: Vicepresidente Junta Directiva ESS. Sur Occidente Colombiano
115	Flor Nayda Cuadros Otero	Secretaría departamental de Salud – Salud Mental
116	Margarita María Cañaverál	Secretaría Departamental de Salud – Salud Mental
117	Mario Pombo	Secretaría Departamental de Salud – Salud Mental
118	Carlos Andrés Ramírez Castillo	Secretaría Departamental de Salud – Salud Mental

Nº	Nombres	Entidad
119	Otto Salazar	Secretaría Departamental de Salud – Salud Mental
120	María Consuelo López	Secretaría Departamental de Salud – Salud Mental
121	James Vidal Rivera	Subdirector Administrativo de Comfacaucá
122	Silvio Jair Alegría	Coordinador Clínica IPS Comfacaucá Puerto Tejada
123	Juan Carlos Mera	Gerente de Salud Emsanar ESS
124	Cilia Teresa Meneses	
125	Aldemar Sarria	
126	Silvia María Camilo	
127	Magola Ulcue	
128	Clementina Erazo	
129	Eulalio Llantén	
130	Julio Eurípides Mosquera	
131	Eldar Imbachi	
132	Aldemar Galíndez	
133	Edith Angulo	
134	Rud Ermila Meneses	
135	Nelson Alirio Bolaños	
136	Nino Latorre	
137	Epifanio Flores	
138	Evaristo Navia	
139	Raúl Mosquera	
140	Asarely Chirimusca	
141	Ómar Tunubala	
142	Alejandro Almario Mazuera	Secretario Académico Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Cali.
143	Alejandro Baena Giraldo, Docente	Postgrado Salud Pública, Universidad Libre Seccional Cali.
144	Cruz María Días	
145	Plutarco Sánchez	
146	Arnobia Villegas	
147	Leonor Elena Quiñones García	Comfenalco Regional Buenaventura
148	Rosario Quiñones García	Comfenalco Regional Buenaventura
149	Absalón Meneses Benavides	Secretario Técnico de Anthoc Valle
150	Diego Fernando Páez	
151	Luis Fernando Rendón C. Md	Docente Escuela de Salud Pública Universidad del Valle.
152	Dr. Jhon Jair Ochoa Aguirre	Médico Familiar
153	Luz Myriam Claros Giraldo	Directora Clínica Fundación Clínica Infantil Club Noel
154	Yolanda Salgado de Velasco.	Abogada Constitucionalista
155	Homero Cadena	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
157	Luis Ángel Velarde	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
158	Luis Marino Portilla	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
159	Juan Carlos Mera Guerrero	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
160	Carlos Fajardo Pabón	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
161	Rodolfo Ruiz Millán	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
162	Jaime Hoyos	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud
163	Harold Zúñiga	Emsanar ESS, Empresa Agrimiada A Gestarsalud

Nº	Nombres	Entidad	Nº	Nombres	Entidad
164	Shirley Burgos	Emssanar ESS, Empresa Agremiada A Gestarsalud	213	Eider Ospina	Directivo Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S
165	Amanda Madrid		214	José Noé González	Junta Control Social – Asmet Salud ESS EPS-S
166	Octavio Ayala Moreno	Gerente General – Servicio Occidental de Salud S. A. – SOS	215	Álvaro Giraldo	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
167	María Fernanda Ochoa Florián	Jefe de Planeación y Calidad de SOS EPS	216	Inés Cardoso	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
168	Yazmín Campos Álvarez	Abogada Oficina Jurídica Nacional Servicio Occidental de Salud S. A. EPS SOS S. A.	217	Yolanda Córdoba	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
169	Helmer de Jesús Zapata Ossa	Secretaria Departamental de Salud	218	Jhon Jairo Salazar	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
170	José Luis Herrera Rendón	Alcalde – Ansermanuevo	219	Jean Orlando Rojas	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
171	Bartolo Valencia Ramos	Alcalde – Buenaventura	220	Yolanda Rivera	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
172	John Harold Suárez Vargas	Alcalde – Buga	221	Carlos Enrique Gasca	Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
173	Carlos Alberto Taguado Troche	Alcalde – Bugalagrande	222	Marleny Ramírez	Directivo – Caquetá – Asmet Salud ESS EPS-S
174	Jorge Aldemar Arias Echeverri	Alcalde – Caicedonia	223	Edilso Solarte	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
175	Luis Eduardo Vargas Tabares	Alcalde – Calima El Darién	224	Ruberia Ruano	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
176	Jhon Wilson Rengifo Lazo	Alcalde – Candelaria	225	Rosalino Córdoba	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
177	José Daniel Gómez Cruz	Alcalde – El Cairo	226	Benancio Erazo	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
178	Mauricio Martínez Prado	Alcalde – El Cerrito	227	José Alveiro Lasso	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
179	Miguel Guzmán García	Alcalde – El Dovio	228	Elsa Nidia Bolaños	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
180	Doney Ospina Medina	Alcalde – Florida	229	Francisco Bastidas	Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
181	Camilo José Saavedra Conde	Alcalde – Ginebra	230	Emigdio Bambague	Directivo – Balboa – Asmet Salud ESS EPS-S
182	Jorge Enrique Sánchez Cerón	Alcalde – Guacarí	231	Jimminson Carabalí	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
183	Jhon Fredy Pimentel Murillo	Alcalde – Jamundí	232	Azael Nazarit	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
184	Jorge Barrera Barco	Alcalde – La Cumbre	233	Aureliano Caicedo	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
185	Jair Monroy Rojas	Alcalde – La Victoria	234	Jhonatan David Guaza	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
186	Nydia Lucero Ospina López	Alcalde – Obando	235	Hiber Mina	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
187	José Ritter López Peña	Alcalde – Palmira	236	Octavio Cortez	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
188	Adolfo León Escobar Pineda	Alcalde – Pradera	237	Justiniano Mina	Buenos Aires – Asmet Salud ESS EPS-S
189	Luis Carlos Ossa Morales	Alcalde – Restrepo	238	Julio Alberto Cuéllar	Directivo–Buenos Aires–Asmet Salud ESS EPS-S
190	Robert Antonio Velásquez Beltrán	Alcalde – Riofrío	239	Humberto Troyano	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
191	Julián Alberto Cabrera	Alcalde – Roldanillo	240	José Ramiro Fernández	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
192	James Guarín Vásquez	Alcalde – San Pedro	241	Jesús Albeiro Pérez	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
193	Rodrigo Guerrero Velasco	Alcalde – Santiago de Cali	242	Luis Fernando Paz	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
194	Rafael Andrés Quintero Ceballos	Alcalde – Sevilla	243	Olga Lucía Realpe	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
195	José Germán Gómez García	Alcalde – Tuluá	244	Melfi María Bello	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
196	Javier Andrés Herrera Hurtado	Alcalde – Ulloa	245	Germán Erico Puliche	Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
197	Darío Rodríguez Jiménez	Alcalde – Versalles	246	Buenaventura Salinas	Directivo – Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
198	Jorge Humberto Tascón Ospina	Alcalde – Yotoco			
199	Fernando David Murgueitio Cárdenas	Alcalde – Yumbo			
200	Gladys Eugenia Canaval Erazo	Profesora Titular y Directora Escuela de Enfermería-Universidad del Valle			
201	José Germele Espitia	Veedor Comité Veersalud			
202	Aura Nelly Vimueza Montenegro	Coosalud			
203	Bernardo Giraldo	Coosalud			
204	Elisa Carolina Torrenegra	Gestarsalud			
205	Leidy Paola Pérez Uruña	Gestarsalud			
206	Luz Dary Gallo Aristizábal	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
207	Fabián Buitrago	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
208	Diomedes Acevedo	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
209	Ignacio Valencia	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
210	Israel Grajales	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
211	Esther Liliana Ramírez	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			
212	Alejandro Henao	Pensilvania – Asmet Salud ESS EPS-S			

Nº	Nombres	Entidad
247	Ilda Julieta Ríos	Directivo – Cajibío – Asmet Salud ESS EPS-S
248	Teresa Idrobo	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
249	Cilia Teresa Meneses	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
250	Aldemar Sarria	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
251	Silvia María Camilo	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
252	Magola Ulcue	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
253	Clementina Erazo	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
254	Eulalio Llantén	El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
255	Rafael Orlando Chaux	Directivo – El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
256	Julio Eurípides Mosquera	Directivo – El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
257	Flor Marina Velasco	Junta Control Social – El Tambo – Asmet Salud ESS EPS-S
258	Eldar Imbachi	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
259	Aldemar Galíndez	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
260	Edith Angulo	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
261	Rud Ermila Meneses	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
262	Nelson Alirio Bolaños	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
263	Nino Latorre	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
264	Epifanio Flores	Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
265	Evaristo Navia	Directivo – Mercaderes – Asmet Salud ESS EPS-S
266	Raúl Mosquera	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
267	Asarely Chirimuscay	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
268	Ómar Tunubala	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
269	Luz Dary Navia	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
270	Cruz María Días	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
271	Plutarco Sánchez	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
272	Arnobia Villegas	Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
273	Luis Antonio Velasco	Directivo – Morales – Asmet Salud ESS EPS-S
274	Alger Ledezma	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
275	José Lino Avirama	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
276	Nery Bolaños Gaviria	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
277	Aristarco Mosquera	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
278	María Eugenia Ibarra	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
279	Vicente Bermúdez	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S
280	Lida Ramírez	Patía – Asmet Salud ESS EPS-S

Nº	Nombres	Entidad
281	Margarita Muñoz	Directivo – Asmet Salud ESS EPS-S
282	Elder Alemeza	Directivo – Asmet Salud ESS EPS-S
283	Olga Lucía Valbuena	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
284	Yolima Mariela Díaz	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
285	Virginia Gaitán	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
286	María Elida Castro	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
287	María Cruz Quinayas	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
288	Carlos Cerón	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
289	José Luis Díaz	San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
290	Gustavo Muñoz Bravo	Directivo – San Agustín – Asmet Salud ESS EPS-S
291	Iván Enrique Chaves Coronel	Anthoc
292	Fredy Alcalá Jiménez	Subdirector Médico
293	Dacio Saa Carabalí	Director General (E)
294	Néstor Hugo Millán	Profesor Escuela de Salud Pública – Facultad de Salud Universidad del Valle
295	Ligia de Salazar Ph.D	Directora – Fundesalud
296	Adolfo Contreras Rengifo	Centro de Investigaciones Cedes – Facultad de Salud – Universidad del Valle
297	Hepzy Lizeth Ospina Salazar	Odentóloga Secretaria de Salud Municipal de Cali
298	Soraya García Daza	Servicio Occidental de Salud EPS SOS
299	Jairo Andrés Celis Restrepo	Subdirector Político departamental de Salud por el Movimiento Independiente de Renovación Absoluta Mira
300	Elizabeth Trujillo de Cisneros	Directora Instituto Departamental de Salud – Nariño
301	Fernando Gutiérrez	Secretario de Salud – Valle del Cauca

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

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Ruiz Édinson

Ospina Gómez Mauricio Ernesto

Ramírez Ríos Gloria Inés

Sánchez Montes de Occa Astrid

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:

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Quien a través de la Secretaría les presenta excusas, ya que otros compromisos en la ciudad de Bogotá en su calidad de Presidente, le impidieron estar presente en el día de hoy.

En el segundo punto: ronda de inscripción. Por la Secretaría se pidió que se inscribieran las personas, incluyendo las personas que lo han hecho en el día de hoy, tenemos veinticuatro personas inscritas.

Tercer punto: invitados actores regionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el departamento del Valle, igualmente en los departamentos circunvecinos del Cauca, Nariño y Chocó.

El señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria, no se puede encontrar en el recinto, pero delegó en dos señores Viceministros, ya anunciados por el señor Presidente.

El Señor Superintendente Nacional de Salud también les presenta sinceras excusas, dado que la situación última de liquidación de Solsalud, le obligan de manera imperativa a estar en la ciudad de Bogotá en el día de hoy.

Cuarto: Intervenciones de los inscritos.

El señor Presidente determinará el tiempo de intervención, dado que hay veinticuatro y le rogamos a quienes hagan uso de la palabra, que sean precisos en el tiempo. Se les avisara con dos minutos de antelación y una vez vencido el termino límite máximo, se suspenderá la palabra. Le rogamos que de verdad lo entiendan, porque hay veinticinco personas inscritas, sin contar la participación que pueda tener el señor Gobernador del departamento, quien nos va a acompañar, la intervención del Gobierno a cargo de los dos Viceministros y las intervenciones que hagan los miembros de la Comisión Séptima del Senado, por derecho propio en su calidad de Senadores de la República.

Quinto, cierre del evento.

Entonces, primer punto, apertura de la audiencia a cargo del Senador Édinson Delgado Ruiz, Presidente actual de la Comisión Séptima del Senado de la República.

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

Muchas gracias, señor Secretario. Quiero de una manera oficial, en calidad de Vicepresidente de la Comisión Séptima, dar apertura a esta audiencia pública, en la que hemos venido estructurando como miembros de la Comisión Séptima, con todos los distinguidos Senadores que hoy nos acompañan, con una metodología que debe permitir contener algunos insumos supremamente importantes, para luego elaborar las ponencias respectivas.

En esta discusión tan trascendental para el país que se viene dando, ahí se conjugan varios proyectos de ley: uno de iniciativa parlamentaria y otro de iniciativa gubernamental, en lo que tiene que ver con la ley ordinaria. Precisamente la iniciativa gubernamental fue presentada por el señor Ministro de Salud, en compañía de todo su equipo. Simultáneamente en el Congreso de la República se viene discutiendo la ley estatutaria, esta ley estatutaria que precisamente tiene que ver con el derecho a la salud, con sus principios, con todos los elementos que tienen que ver con esa garantía fundamental para los ciudadanos, se viene tramitando en esta Comisión Primera. En lo que respecta a la ley estatutaria, existe un mensaje de urgencia por parte del Gobierno Nacional, esto ha implicado que su discusión se realice simultáneamente en las Comisiones Primeras

tanto de Cámara como de Senado, y de acuerdo a las normas existentes, para que esta ley realmente tenga un efecto, debe ser aprobada en esta legislatura. Se espera precisamente que en el mes de junio por tarde, el veinte de junio, haya sido aprobada esta ley estatutaria.

La ley ordinaria no precisamente esta parte de esta discusión, el trámite es diferente. Esta, de acuerdo al esquema que hemos trazado, esperamos que en esta legislatura sea discutida y aprobada en la Comisión Séptima del Senado de la República, para luego en la próxima legislatura que se inicia el veinte de julio y termina el 16 de diciembre, se discuta y se apruebe tanto en Plenaria de Senado, como en Comisiones Séptimas de Cámara y Plenaria de Cámara.

Por lo tanto aspiramos a que a final de año tener una ley tan trascendental e importante para todos los colombianos.

Hemos planeado esta serie de audiencias, porque consideramos, y esto es muy importante resaltar, considera el Congreso de la República que se debe construir desde lo colectivo esta ley tan trascendental y por eso esta es la décima audiencia. Ya se ha realizado en la ciudad de Bogotá, igualmente en Medellín, continuaremos en Barranquilla, en Ibagué y en Bucaramanga. En esas audiencias participan todos los sectores, que de una y otra manera tienen que ver con el sector de la salud de los colombianos; desde los usuarios, los pacientes, de los directores de las ESE, los gerentes de las EPS, los gremios, el sector farmacéutico, el sector académico que es supremamente importante para nosotros: Decanos, jefes de departamentos, los entes territoriales a través de los alcaldes, los Gobernadores, de los Secretarios de Salud departamentales, Secretarios de Salud municipales y otra serie de sectores incluyendo el sector farmacéutico.

Bienvenido señor Gobernador.

Estas audiencias han permitido ir enriqueciendo el proyecto inicial, tanto presentado por el Gobierno Nacional igualmente el de los Congresistas. Y creemos que va a ser muy importante para ese proyecto final, se han discutido muchos temas, pero hoy vamos a tener la oportunidad de escucharlos a ustedes. Exaltando el tema del derecho a la salud, porque en eso se ha hecho un eco sustancial, inicialmente no estaba planteado, en el proyecto inicial del Gobierno, pero ahí queda definido al cual la ley estatutaria tiene que sencillamente reafirmarla. Y otra serie de temas, todo el tema que tiene que ver con el manejo de los recursos, con el plan de beneficios, el rol de los entes territoriales, todo lo que tiene que ver con la portabilidad nacional, con el talento humano, lo concerniente a los precios de los medicamentos, todo lo que tiene que ver con la red de servicios y otra serie de elementos sustanciales en esta discusión.

Y ha habido igualmente un tema de fondo, es que modelo es el que se requiere para los colombianos. Ese es un tema que se ha estado planteado y que ha estado precisamente sobre el tapete. Esta Comisión Séptima del Senado, tengo que ratificar, igualmente el Congreso, no ha llegado a estos escenarios con tema definidos y enmarcados, sino totalmente diversos al pueblo colombiano y ese es el espíritu que embarga a todos los congresistas; de cara el pueblo

es la forma como se permite realmente construir una ley importante y trascendental.

Por lo tanto le damos la bienvenida otra vez a esta audiencia, al señor Gobernador, muy grata su presencia, reafirmar la institucionalidad en estos procesos; los señores Viceministros como había mencionado, el doctor Norman, igualmente al doctor Fernando Ruiz, quien hoy precisamente representan con esa gallardía al señor Ministro de Salud.

Bienvenidos todos ustedes a esta gran audiencia. Señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Seguidamente interviene el señor Gobernador del departamento ante esta audiencia, de la décima audiencia pública de la Comisión Séptima del Senado.

Señor Gobernador tiene usted el uso de la palabra.

Doctor Ubéimar Delgado, Gobernador del Valle del Cauca:

Muchas gracias. No, simplemente quiero resaltar la importancia que tiene para la salud y para el Valle del Cauca, y que sea precisamente aquí en el Hospital Departamental, el que se discutan, se analicen, que se estudie a fondo, el que se socialice esta reforma a la salud.

Saludar pues muy especialmente al señor Presidente de la Comisión Séptima del honorable Senador de la República, Senador Édinson Delgado y saludar al señor Secretario de la Comisión, por supuesto a los honorables Senadores que se encuentran presentes, doctor Antonio José Correa Jiménez, al doctor Mauricio Ernesto Ospina Gómez, a la doctora Gloria Inés Ramírez Ríos, mi compañera en el Senado, doctora Sánchez Montes de Oca, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth, el doctor Gabriel Zapata Correa también mi compañero en el Senado. Bienvenidos, básicamente eso y quiero ser breve para darle la oportunidad de que en la mañana podamos discutir y ampliar nuestras opiniones.

Un saludo a todos, es una auditorio colmado, ve uno el interés que sucinta este tema.

Muchas gracias señor Presidente, bienvenido de la Comisión Séptima del Senado de la República queda al Valle, muchas gracias por estar aquí y por supuesto a este auditorio que nos acompaña.

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

Muchas gracias. Los señores Viceministros han planteado que van a intervenir al final, una vez escuchen las diferentes intervenciones.

Hemos decidido dar ocho minutos para cada una de las posiciones y ojalá estas exposiciones sean entregadas a la Secretaría, con recomendaciones específicas del articulado, que sea modificando articulados, nuevos articulados, eso es bien importante para la mecánica del ejercicio que estamos realizando.

Entonces vamos a iniciar señor Secretario, por el primero, de acuerdo al orden que se hayan inscrito.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene el doctor Alejandro Baena, a nombre de la Universidad Libre. Doctor Alejandro Baena. Se prepara el doctor Luis Fernando Cruz Gómez, coordinador de epidemiología de la Universidad Libre seccional Cali.

Doctor Alejandro Baena, Decano Facultad de Medicina Universidad Libre:

Muy buenos días, un saludo especial al señor Presidente de la Comisión Séptima, Senador Édinson Delgado, a nuestro Gobernador el doctor Ubéimar Delgado, a los honorables miembros de la Comisión Séptima, honorables Senadores aquí presentes y a los señores Viceministros: el señor Viceministro Técnico y al Viceministro de Salud, de servicios de salud, al doctor Ruiz. Saludo a los Secretarios de Salud, al doctor Fernando Gutiérrez, a Diego Calero, a nuestro anfitrión el señor Director del Hospital Departamental, a los colegas, amigos y profesores.

En primer lugar la primera consideración que tenemos es analizar el contexto en el que se plantea la reforma, el impacto ha tenido la crisis, caracterizar esa crisis y analizar los proyectos de ley que están en discusión. Esos van a ser los tres puntos de la presentación, la cual está por escrito y la dejaremos para que el Secretario de la Comisión, el doctor España la tenga y la envíe a todos los Senadores.

La crisis, ¿el contexto de la crisis cuál es? En la última encuesta GALO del 26 de abril de este año, en el análisis de opinión, se encontró que el 80% de los colombianos considera que el sistema de salud en Colombia es un sistema con una crisis en materia de calidad y accesibilidad. Lo que en términos de ciencia política podríamos decir: el servicio público de salud en Colombia es un servicio fallido, el 80% de los colombianos, por eso el Presidente Santos radicó el proyecto personalmente, porque eso afecta la opinión pública y la posibilidad de reelección de Santos.

Entonces hay una crisis de legitimidad en el sistema, una crisis de confianza de los ciudadanos colombianos frente al sistema de salud. Ese es el primer elemento de la crisis.

El segundo elemento, doctor Ruiz, usted lo caracterizo en el estudio del año pasado para Asocajas, hay un conflicto de visiones: una cosa es lo que piensa la academia, lo que piensa la ciudadanía y otra cosa es lo que piensa los banqueros de la salud. Los que están manejando la salud como banqueros piensan que el problema es la regulación, que el Estado no ha sido un buen regulador y es una falla de regulación. La ciudadanía y el sector académico pensamos que la falla es estructural, no es una falla de regulación, sino una falla de estructura.

Entonces hay un conflicto de visiones y eso determina un elemento más complejo para llegar a un consenso.

¿Cuáles han sido las consecuencias de esa crisis de legitimidad?, ha sido una ruptura del pacto social en salud. Los colombianos sentimos que el derecho a la salud no es garantizado por el Estado colombiano y las múltiples barreras de acceso ha sido una consecuencia de manejar la salud como un negocio financiero. Ese es el elemento de fondo.

Las EPS cometieron un delito. Yo ayer hablé con el Superintendente de Industria y Comercio para poder venir a decirlo aquí. Hablé con el Superintendente de Industria y Comercio en relación al fallo de la Superintendencia, donde sancionaron a las EPS por dos delitos: por presentar información fraudulenta para incidir en el valor de la UPC y otro delito:

coaligarse para negar servicios de salud a los colombianos. El Superintendente me dijo: las dos sanciones, esa sanción está en firme, está en firme la sanción de la Superintendencia que fue por diez y seis mil millones de pesos. Fueron sancionadas catorce EPS del régimen contributivo, que manejan el 84% del POS contributivo. Esas sanciones fueron ejecutoriadas y están en firme. Tengo el concepto allí en el informe del Superintendente, por presentar información fraudulenta para incidir en el valor de la UPC. ¿Qué significa?, que ellos cobraron más e hicieron fraude en información de dominio público y además se unieron para negarle servicios a los colombianos. Por lo tanto las EPS no tienen legitimidad ante los colombianos y el tema de fondo en relación con las Gestoras de salud es ese; la gran duda que los colombianos tenemos, los académicos tenemos, es cómo garantizar que las Gestoras no vayan a volver a cometer esos delitos. Cómo hacer también, señores Senadores, para que el Gobierno Nacional y los organismos de control cumplan una orden de la Corte Constitucional, Senador Édinson Delgado.

La Corte Constitucional en el mes de noviembre en un auto 263, conmino al Estado Colombiano, a través del Ministerio de Salud, Fiscalía General de la Nación, Contraloría General de la República, a recuperar los dineros perdidos, que ascienden a un par de multimillonarios, no solamente hay que conciliar las cuentas como se está diciendo, vamos a conciliar las cuentas para pagar lo que hay que pagar, pero lo que se ha cobrado de más, los recobros ilegales que se han hecho, los sobrecostos de medicamentos, el valor mayor de la UPC, los dineros que se le debe a la red pública hospitalaria, como al Hospital Universitario, entonces si se va a hacer un nuevo sistema tiene que haber una claridad de lo que ha pasado en Colombia, una claridad meridiana, porque si no, si simplemente se van a hacer unas nuevas Gestoras para cambiarle el nombre a las EPS, eso no va a funcionar. La única fórmula posible sería que las Gestoras fueran Gestoras para la salud y que fueran manejadas por la propia comunidad, donde la mayoría accionaria de las Gestoras, el 51% de las acciones fueran de la comunidad y que hubiera un Gobierno corporativo que garantice el control social, de otra manera el esquema de los banqueros de la salud ya fracasó en Colombia. El modelo de pluralismo estructurado no puede repetirse en Colombia. Ese es el primer mensaje para los Senadores: no podemos repetir el modelo de las EPS, fracaso, fracaso, fracaso, fracaso.

Segundo mensaje: el proyecto no puede seguir diferenciando entre pobres y ricos. El proyecto en su estructura, uno se hace una pregunta: ¿Cuál es la fuente de adquisición de derechos, en términos jurídicos?, la fuente de adquisición de derechos en un sistema General de Seguridad Social moderno, es la condición de ciudadanía social, de ser ciudadanos de Colombia, no de ser pobres. Sí, uno, pobres. Sí, dos, pobres. Sí, tres, pobres. Porque entonces se pierde la oportunidad que tenemos, que se creó con la reforma tributaria del año pasado, de cambiar la fuente de financiación de los recursos hacia impuestos. La oportunidad que tenemos los colombianos, honorables Senadores aquí presentes, es construir un sistema de salud centrado en el concepto de ciudadanía social, de ciudadanía sanitaria. Necesitamos una

ley de ciudadanía sanitaria, no una ley que simplemente cambie la arquitectura financiera del sistema.

Y finalmente, en los dos minutos que me quedan, hablar del proceso de paz. Si la salud está en el centro de la democracia y es un elemento, es el primer derecho para garantizar los demás derechos, en el centro de la democracia tiene que pensarse de nuevo el proyecto pensando en construir un pacto social, que garantice la ciudadanía. Porque la paz no se hace solamente en Cuba, entre la Guerrilla, el Gobierno Nacional, sino que la paz se hace con los colombianos en materia de derechos fundamentales.

Ese es el mensaje, honorables Senadores y muchas gracias.

Presidente (e.), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Señor Secretario, ¿Quién sigue en el orden? Agradeciendo al doctor Jaime Rubiano, lo quiero felicitar por esa hospitalidad. Doctor muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Luis Fernando Cruz Gómez, coordinador de epidemiología de la Universidad Libre. Y se prepara el doctor Fernando Gutiérrez, Secretario de Salud del departamento del Valle y Presidente del Consejo Departamental de Seguridad Social.

Tiene la palabra el doctor Luis Fernando Cruz.

Doctor Luis Fernando Cruz Gómez, Coordinador de Epidemiología de la Universidad Libre:

Muy buenos días para todos. Para los miembros de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima, a los Senadores, Ministros, autoridades, colegas de la salud pública.

Son ocho minutos que tienen que ser muy bien utilizados. Un breve comentario, vengo a hablar a título personal, no comprometo la posición mía con la posición de la Universidad Libre.

El planteamiento central de esta Ponencia, va dirigida a estos cuatro ejes planteados aquí. Tratare en dos minutos explicar cada uno de ellos.

Quiero hacer una referencia breve a algunos elementos planteados durante al tiempo anterior, no le voy a dar mucha trascendencia al tema en su profundidad, pero al respecto tengo una posición fijada en revistas indexadas internacionales acerca del planteamiento de la necesidad de un nuevo contrato social en la salud.

El primer punto que yo quisiera plantear en este escenario que recuerda la memoria de un hombre como Carlos Manzano, es el tema de la importancia de que en la legislación aparezca definitivamente un constructo para una nueva cultura de la salud. Cuando uno lee los planteamientos, pareciera ser que seguimos inclinados hacia la cultura de la enfermedad y hacia el modelo reactivo de la enfermedad.

Creo que es esencial la dimensión de una cultura de la salud, porque en el eje de los planteamientos que están hechos, creo que hay un elemento muy importante, ese elemento, el elemento de la territorialidad. Y la territorialidad va amarrada a la dinámica de la diversidad cultural y es cultura de la que hablamos, necesariamente tiene que tener esa perspectiva. O sea que además del derecho a la salud, que es prioritario, el esfuerzo fundamental debe

estar guiado hacia la construcción de una cultura de la salud muy ausente. Pero una cultura de la salud que tiene en la dimensión de la territorialidad, tres elementos concretos: la territorialidad no se puede seguir tratando dividiendo el país por grandes zonas. La territorialidad tiene una dimensión macro, tiene una dimensión micro y tiene un intercepto entre la relación macro y micro.

En esos espacios de la territorialidad hay una red compleja de relaciones sociales y cultura, o de la enfermedad o de la salud, que es importante tener presente. Los planeamientos como están hechos hasta este momento, apuntarían a que habría territorios divididos de una manera un tanto premeditada, por la connotación geográfica del país y se estaría desconociendo algo trascendente en esos subterritorios, que son la riqueza de la diversidad cultural.

Ese elemento para mí, señores Senadores, señores y miembros del Gobierno, me parece que es fundamental y produce transformaciones de fondo.

Un elemento que también quiero darle una importancia, es que lo macro y lo micro confluyen en dimensiones inemitas. El eje de las transformación de una sociedad, podría partir en las direcciones, pero lo micro sí que tiene la esencia, porque ahí está el sustrato fundamental de los ciudadanos. Las familias, los espacios de la educación, el sitio de trabajo, el área pública, y allí es donde están la conjunción de factores de riesgo y factores protectores, que finalmente producen efectos en términos de procesos de salud o de desequilibrio de la salud. Es por ello que a ese elemento de la territorialidad, si le acompañamos la preponderancia del modelo de cultura de la salud, acompañada de la diversidad que cada pueblo, desde lo micro y lo macro tiene, yo creo que estaríamos dándole un punto muy importante a esta reforma de índole presupuestal.

Un tercer elemento que quiero tocar, es el tema de la extramuralidad en la reforma del sistema. Uno lee los escenarios y ve las presentaciones y pareciera que ese planteamientos de *ver veris*, para montar los sistemas de servicios de salud, que quedó totalmente des configurado, porque al final no fueron servicios de salud, sino servicios de cuidado médico. Pareciera que ese espacio intramural es el rey de la reforma.

El rey de la reforma o la reina como debe ser en honor a esa otra concepción de visión teológica. Es la extramuralidad y la extramuralidad vuelve a encontrarse con el planteamiento que le había dicho, la extramuralidad es lo que está por fuera del puesto, el centro de salud, el hospital, en donde solo se producen generadores de gasto y no transformadores de cultura, y asignaciones de derecho, acompañado con la presencia de deberes, con los que nos tienen que constituir.

La extramuralidad es tan importante que acabo de hacer una revisión en más de cien mil beneficiarios al sistema de salud, y sorpréndase señor Ministro, yo creo que ustedes lo conocen porque ustedes son gente estudiosa y Representantes y Senadores. Señor Gobernador usted lo tiene en su permanente conocimiento, porque conozco de sus planteamientos.

Mire, de cien mil personas, solo cuarenta mil personas en un año van por lo menos una vez al sistema de salud, o sea, sesenta y seis mil personas no van ni

una vez al sistema de salud, ¿dónde se quedaron?, en la extramuralidad y qué es la extramuralidad, eso de lo que ya le hable.

Creo que es fundamental en el articulado que aparezca una dimensión de la extramuralidad, que de paso acerca mucho a la perspectiva estratégica de la atención primaria.

Finalmente creo que me falta un minuto y veinte segundos. Quiero hacer una reflexión primero, una reforma de salud que no vaya acompañada con la relación de transformación universitaria, sistemas de salud, no va a ser posible. Hay que profundizar los modelos de relación docente asistencial y finalmente, para gastar los últimos cuarenta segundos, todo este proceso que hay aquí, cuando hablo de multiculturalidad y diversidad, no podemos seguir pensando en redes de servicios de salud. Tenemos que pensar en modelos de redes de servicios de educación, de trabajo, de recreación y deporte, de sistema de trabajo formal e informal, que están sobre la estructura del Estado, pero que obviamente, si queremos desde la salud manipularla, no solo por razones políticas sino prácticas, no las vamos a poder atar. Señor Ministro, el Estado tiene herramientas poderosas en la red educativa. El transformador por excelencia en una familia es el niño, eso ha sido muy bien estudiado, y no llegamos allá y tenemos horas académicas y demás.

Muchas gracias, muchas gracias. Porque acuérdense que finalmente país sin cultura, no produce ciudadanos con derechos y deberes.

Presidente (e.), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Gracias a usted doctor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Fernando Gutiérrez, Secretario de Salud del departamento del Valle y se prepara, el doctor Harold Correal, de la liga de usuarios del Hospital Psiquiátrico Universidad del Valle.

Doctor Fernando Gutiérrez, Secretario de Salud del departamento del Valle:

Un saludo a los Viceministros, a los Parlamentarios de la Comisión Séptima, al señor Gobernador del departamento Ubeimar Delgado, a todos los asistentes.

Me voy a centrar en uno de los artículos de la reforma y es el artículo 35, donde abre las posibilidades de que los entes territoriales manejemos o administremos el régimen subsidiado.

Pero la intervención del maestro Luis Fernando Cruz me permite hacer un marco a manera de preámbulo de la intervención. Nosotros en el Valle del Cauca tenemos cuatro grandes políticas para transformar la salud del Valle del Cauca, ante la crisis estructural financiera en que hoy tenemos nuestro departamento y el resto del país. Una restructuración a nivel interno la Secretaria, un ajuste de la red pública hospitalaria y dos elementos que el doctor Luis Fernando Cruz, con su experiencia y sabiduría acaba de tocar, recuperar la salud pública. El modelo definitivamente deterioró los indicadores de salud pública de Colombia, eso es evidente, eso es una realidad. Estamos asistiendo a múltiples epidemias, que obviamente son el resultado de años acumulados de un déficit de intervención en esos condicionantes de la

salud. Y obviamente la estrategia de atención primaria en salud, que si bien no la contempla la propuesta de reforma, la 1438 sí lo hace y eso sigue vigente. Esa estrategia de atención primaria en salud, es algo así como la autopista por donde podríamos desarrollar la transformación de la salud en el país y obviamente poder encontrar posibilidades de cambiar los niveles de salud en Colombia.

Esta propuesta de administrar el régimen subsidiado por parte de los entes territoriales, señor Gobernador, señores Parlamentarios, es el sentimiento de todos los Secretarios de Salud de toda Colombia y de todos los Gobernadores, incluido el del Valle del Cauca, con el cual hicimos la solicitud al señor Ministro de Salud.

¿Por qué pensamos que los entes territoriales pueden tener un papel protagónico en la transformación de la salud administrando el régimen subsidiado?

Algunos elementos para aportarle a ese artículo 35 y lograr que no sea consecuencia de unas condiciones que establece el artículo, como deterioro en la infraestructura de servicios de salud, como eventos catastróficos que hagan que de manera temporal el Ministerio pudiera autorizar a un ente territorial para manejar el régimen subsidiado. La mitigación de la crisis financiera en la red pública servicios de salud. Esa administración del régimen subsidiado le daría una garantía de contratación de la red pública que hoy está en crisis. Le daríamos recursos, le daríamos flujo de caja y obviamente le daríamos la viabilidad que hoy no tiene la red hospitalaria.

Minimizar las barreras de acceso a la prestación de servicios de salud que hoy son muchísimas. Estamos viendo todos los días, de manera alarmante además, de diferentes casos de muerte en niños, en adultos, en toda la geografía colombiana. Eso es espeluznante y a nosotros que nos movemos al interior de los servicios de salud, eso nos tiene que tocar. No hay día en que los medios de comunicación, cuando se conoce, estén planteando ese tema; por acceso, por dificultades burocráticas, por las autorizaciones, por todos los elementos que no debe padecer el ciudadano de a pie, o el ciudadano afiliado al régimen subsidiado o al régimen contributivo, y eso es una realidad.

El fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, porque se ha demostrado históricamente y en estos últimos veinte años, que los que tenemos experiencia y hacemos salud pública, se hace desde los entes territoriales, desde las Secretarías de Salud. Me parece que el modelo demostró que los diferentes actores responsables de generar salud pública, no lo han hecho correctamente o no lo hicieron, y lo están mostrando los indicadores. A eso hay que darle una vuelta.

Por eso me identifico con el doctor Luis Fernando, en el sentido de que el modelo es medicalizado, es un modelo hospitalizado, intramural, hacia los enfermos y ahí está el gran costo del modelo y que hoy no tiene resultados precisamente halagadores y afuera hay una población que no está siendo sujeto de programas de salud pública, que poco a poco van haciendo cola, como potenciales pacientes coronarios, hepáticos, renales, de salud mental y van a llegar a esos sujetos de atención al enfermo, que son los hospitales. Ahí es donde la reforma tiene que

sustancialmente producir cambios y no nos podemos volver a equivocar, como posiblemente con la 1122, con la 1438, porque es histórica esta posibilidad de transformar la salud en el país. La historia no se lo perdonaría, ni al Presidente, ni al Ministro, ni a los Secretarios, ni a todos nosotros.

En ese sentido todas las dificultades de cobertura, de oportunidad, de falta de flujo de recursos, de unas carteras inmensas que tienen las EPS subsidiadas, con los entes territoriales, con los hospitales, se pueden subsanar con la propuesta de que sean los entes territoriales los que podamos administrar, con una serie de ventajas que estamos viendo el régimen subsidiado.

Claro, hoy nuestra red hospitalaria está en crisis, podría parecer una paradoja, pero ya estamos trabajando para ello y el Gobierno Nacional tiene un compromiso de, ante la presentación del ajuste de la red hospitalaria de hacer las modificaciones, pueda haber recursos para garantizar unas condiciones mínimas de equipos, de tecnología, que permitan obviamente de manera transitoria que la red hospitalaria pueda ser donde se atiendan los usuarios del régimen subsidiado, que al mismo tiempo impacta positivamente en los flujos de recursos y en una administración más acorde y con unas políticas públicas que lleguen más a la población que requiere el pueblo colombiano.

Esa es mi presentación, que recoge, repito, la de todos los secretarios de salud del departamento, con el apoyo de los Gobernadores, como en el caso para el Valle del Cauca del doctor Ubeimar Delgado. Muchas gracias.

Presidente (e.), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

A usted doctor. Continúe señor Secretario, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el señor Luis Marino Portilla, de la comunidad del municipio. Perdón, el doctor Harold Correales Dennis, de la liga de usuarios del Hospital Psiquiátrico Universidad del Valle y se prepara el doctor Luis Marino Portilla, de la comunidad del municipio de Córdoba, departamento de Nariño.

Doctor Harold Correales Dennis, de la Liga de Usuarios del Hospital Psiquiátrico Universidad del Valle:

Saludes a los honorables miembros del Senado de la Comisión Séptima, al Gobernador Ubeimar Delgado, a los delegados del Ministerio de Salud, señores y señoras.

Yo vengo de la Liga de Usuarios del Hospital Universitario del Valle, pero lo que voy a decir es mi opinión personal y que no tenga la voz de la Liga.

Por medio del cual se define el sistema general de salud social y se dictan las siguientes disposiciones. Yo no voy a, tengo mucho estudio sobre cada artículo, pero ya el doctor hablo de que la estructura de salud en Colombia está mal manejada y es estructura del sistema. ¿Por qué del sistema?, porque el derecho a la salud lo han cogido como una mercancía y no un derecho del pueblo colombiano. Han cogido y quieren entrar con la reforma de la salud, como son el Fondo Salud Mía, donde van a llegar unos grandes recaudos de nosotros los colombianos y van a

ser manejados por la entidades financieras y por las, ahora no las EPS, van a cambiar de nombre y se van a llamar Gestoras de Salud.

El doctor Jaramillo, Secretario de Bogotá, dijo que esta reforma así plantada no servía para nada, porque va a ser más perjudicial la medicina que la enfermedad.

Hay una pregunta en el capítulo noveno, el artículo 62, los fondos de garantías para el sector salud. El párrafo: Hasta la fecha de supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las famosas IPS, cuyo deudor principal es la EPS, página 27.

Artículo 58. Declaraciones de giro y compra Fosyga. Quedarán en firme luego de tres (3) años, no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes. Página 26.

Y aquí en el artículo 37 que dice la cobertura complementaria de salud: es aquella en la cual los usuarios acceden de manera voluntaria a condiciones diferenciales de acceso, comodidad, bienes y servicios o financiación, de carácter complementario, no incluidas en Mi-Plan. Página 18.

Entonces si nosotros los usuarios, que no tenemos el dinero, se nos va a afectar por este sistema el cual nos, hasta nuestro patrimonio personal se nos puede perder.

Es así, y voy a terminar, mi compañero Eliberto Muñoz, Presidente de la Liga de Usuarios, estuvo en abril 15 en la Comisión Séptima del Senado y presentó estas. No, así no, me prenden la luz porque yo bien cegatón.

Es necesario garantizar la protección legal y defensa de la dignidad del enfermo mental, principios de la uno, sobre protección del enfermos mentales y mejoramiento de la salud mental, y principios éticos de la declaración de Madrid en la Asociación Mundial de Psiquiatría. Muchas gracias.

Construir de manera urgente la dignidad de psiquiatría, en pediatría, niños, adultos y niñas, porque se justifica que las niñas y adolescentes tengan que hospitalizarse con los adultos. La Ley 1438 del 2011 en su artículo 41, de los servicios que prestan las cuidadoras y cuidadores al interior del hogar.

Este Proyecto ley 210 del 2013 no se podrá llegar si acabo, porque sería inconstitucional, porque no tiene en cuenta en los artículos de Constitución Nacional, que es un Estado de Derecho: los principios de igualdad, universalidad y los derechos fundamentales constitucionales como el de la vida, en conexidad con el de salud, la seguridad social y su derecho a una vivienda. Todos estos elementos en forma integral para toda la población colombiana.

Muchas gracias, tenemos que hacer movilizaciones en las grandes ciudades y cada uno de nuestros municipios. He dicho, viva la libertad de opinión, que es cuestionada en nuestro país. Hoy por hoy debemos recordar al gran líder liberal que fundo su partido, el abogado ilustre y gran orador Jorge Eliécer Gaitán Sánchez, asesinado el nueve de abril de 1948 y dejó esta frase histórica: yo no soy un hombre, soy un pueblo, el pueblo es superior a sus dirigentes. Amén.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Seguidamente interviene el doctor Luis Marino Portilla, de la comunidad del municipio de Córdoba, departamento de Nariño y se prepara el señor Édinson Álvarez Castañeda, líder del municipio de Sevilla, en representación de Emsanar EPS. La Secretaría presenta las disculpas del doctor Gilberto Toro, Presidente de la Federación Colombiana de Municipios, quien se comprometió a estar acá con nosotros y finalmente se vio precisado a presidir del viaje. Pide sinceras excusas, pero un saludo cordial de la Federación para todos los departamentos del país.

Tiene la palabra doctor Luis Marino Portilla, de la comunidad del municipio de Córdoba, departamento de Nariño. Ocho minutos.

Doctor Luis Marino Portilla, de la Comunidad del municipio de Córdoba, departamento de Nariño:

Muy buenos días señores Senadores de la Comisión Séptima, señores Viceministros y público en general.

Gracias por lo de doctor. Yo soy un líder comunitario del municipio de Córdoba y mi nombre es Luis Marino Portilla, en la cual pertenezco como afiliado a una empresa que se llama Emsanar. No vengo a defender a la empresa, vengo a defender los derechos de nosotros como ciudadanos, como afiliados nos corresponde tener los servicios de salud. Y uno mira en los medios de comunicación, y con tristeza mira tantas reformas que se han venido haciendo al sistema y parece que ninguna ha funcionado hasta hoy. Dios quiera, honorables Senadores, que esta sea la última o el último ajuste que se le haga a la salud. Ya que cuando nosotros antes del 93 no teníamos derecho a enfermarnos, somos de la comunidad del campo, porque una cosa es hablar en la ciudad y otra cosa es estar en el pueblo, y por eso les digo que antes del 93 nosotros como enfermos, nuestras mamás, nuestros padres, nos curaban con cualquier agua de los remedios caseros que así se llamaban.

Hoy, después del 93, gracias a Dios ha salido un sistema de salud que cuando uno le da un cáncer de cualquier índole, por lo menos se tiene a donde remitirlo, a donde dirigirse, sea bien o mal, las EPS han trabajado, ha habido un cambio, porque hoy, aun cuando sea con una tutela, se puede adquirir a ese servicio. Pero que eso no sería lo ideal, lo ideal sería que todos nos articulemos: ciudadanía, afiliados, EPS, IPS, todos los prestadores del servicio, se mantengan unidos, para así prestarnos un mejor servicio a nuestra comunidad, a la comunidad más vulnerable, que nosotros lo somos.

Por favor dejemos de pronto de echarle la pelota del uno al otro. Hoy yo he visto en televisión, he escuchado en la radio, las ambiciones parecen que fueran solamente de quien maneja la planta. Es triste ver aquí a Colombia, peleándonos por la plata. Si hay mejor que pelear, sería por unos mejores servicios de salud. Qué bueno sería que el Gobierno primero, para no enfermarnos, desde la niñez se dé una buena salud alimentaria. Eso sería importante y así bajarían los costos de salud, porque unos niños bien alimentados, bien promocionados en la salud, las cosas cambiarían. Aquí la culpa no ha sido solamente de las EPS, la culpa también la tiene el Estado

y los prestadores del servicio. Aquí no nos digamos que solamente han sido unos responsables del fracaso de esta salud, aquí en primera instancia el Gobierno no ha seguido un control después de haber creado la Ley 100, a nadie le ha hecho un seguimiento como se dice bien minucioso, con justicia y los que realmente sí tienen problemas, hombre, habría que sancionarlos. Pero aquí en Colombia pasa de todo, se juzga a todo el mundo, pero que las sanciones llegaran cuando ya es muy tarde y eso es lo que a nosotros nos ha perjudicado.

No quiero ser más extensivo, sino más bien hacer un llamado a todos los actores del sistema de salud, honorables Senadores, honorable Gobierno, unámonos, trabajemos por el bienestar de nuestra salud.

Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Édinson Álvarez Castañeda, líder del municipio de Sevilla y se prepara el Veedor Nacional de Salud, Don José Villamil.

Édinson Álvarez Castañeda, Líder del municipio de Sevilla:

Muy buenos días honorables Senadores de la Comisión Séptima, gerentes de los hospitales, señor Gobernador, comunidad en general que nos acompaña en este espacio tan importante, el verdadero espacio donde se construye el tejido social y sociedad, como un Estado Social de Derecho.

Mi presentación va enfocada en que realmente acá el que no sea culpable que tire la primera piedra al frente, como decía el señor Jesucristo. Todos los actores hemos sido responsables y también considero que en estos 25 años cada uno de los que estamos acá presentes, le hemos aportado mucho, a nivel de Latinoamérica inclusive, en aspectos de salud a Colombia. Entonces es un orgullo estar acá presente compartiendo con ustedes.

Situación general que se vive en el sistema: entonces tenemos una deficiencia en el modelo de la prestación del servicio, especialmente por las IPS, el cual todos somos conscientes que no tenemos la capacidad tecnológica e inclusive del talento humano. Cuando una autorización que se le da a un afiliado, los cuales estamos aquí en representación de los afiliados obviamente, de los sectores vulnerables. Se les coloca hasta seis, siete, ocho meses inclusive, muchas personas han muerto y que en paz descansen, esperando su autorización.

Atesoramiento de dineros públicos, sí. Gracias a las reformas actuales va a permitir que se destraben estos procesos y que los flujos de recursos giren más directamente a cada uno de los actores, para que así puedan prestar un excelente servicio de salud.

Falta de conciencia y responsabilidad, para el cuidado de la Salud individual y familiar. Donde cada uno de nosotros somos responsables y no hay plata que alcance. Si nosotros mismos no cuidamos nuestra propia salud y sería importante que incluyeran también señores Senadores algo en ese, para que las comunidades tomen conciencia de que nos está costando un ojo de la cara los altos costos en salud y los altos índices en las prestaciones de servicios de salud.

Paternalismo por parte de los usuarios. Desarticulación de actores y sectores; aquí cada quien le

tira la pelota a cada quien, qué bueno que pudieran incluir que si eligen unas responsabilidades directas y que realmente señalen a los que se están robando la plata, los que no están atendiendo, los malos, los que no tienen capacidad. O sea, que cada quien señale a cada quien, pero hemos estado generalizando.

Predominio de un modelo de atención asistencial y no preventivo. Un modelo que implementamos en el municipio de Sevilla desde el 2004 al 2012, dio excelentes resultados, inclusive llegamos a unas partes muy alejadas donde el señor no dejaba vacunar los hijos porque no sabía ni que eran las vacunas. Eso realmente expresarlo acá en pleno siglo XXI de modernidad, da tristeza, pero es una triste realidad.

Y a través de esos procesos más presenciales y menos asistenciales, podemos disminuir costos en salud, si es lo que deseamos.

Escasa participación de los ciudadanos en los espacios de organización para la participación comunitaria. Hay muchas barreras, inclusive en mi barrio, por allá nade conoce qué es Coomeva, qué es Saludcoop, etcétera, etcétera, porque aquí nos tiramos los unos las pelotas, ¿Pero realmente estamos haciendo presencia en los sectores menos favorecidos de la población colombiana?

Ahí les dejo como para reflexionar.

Estigmatización del rol de las EPS en el sistema de Salud, donde hay imaginarios colectivos e individuales.

Vulneración de los deberes y derechos en salud, reflejados en derechos de petición y tutelas. Estamos llenos de tutelas. Vuelvo y digo, aquí todos somos responsables de la situación de salud.

Situación que se vive en el municipio de Sevilla.

A diferencia del sentir de otros municipios, allá se ha venido haciendo un seguimiento y monitoreo a la prestación de los servicios de Salud por parte de los entes estatales pertinentes en donde el que falla pues se le aplican sus respectivas sanciones. Pero usted dice es fulano de tal y no generalizamos.

Otro, seguimiento y monitoreo a la prestación de los servicios de salud por parte de los entes. Aquí también se le da participación muy fuerte a las asociaciones de usuarios, a la red de controladores, a las veedurías y qué bueno fuera que desde el Gobierno Nacional se le dieran unas verdaderas herramientas a estos líderes comunitarios, que la verdad a veces nos quedamos cortos y no tenemos con qué participar, porque cuando vamos a solicitar tal proyecto: no, saque usted las copias, mire a ver cómo hace. Entonces hay una cantidad de barreras que hay que ir eliminado a través de estas reformas.

Garantizar espacios de organización para la participación comunitaria en cada uno de los sectores organizar un comité de salud y estos comités eran los que recogían los diagnósticos y permitían el fortalecimiento del Covecoom y se llevaba obviamente información a la Secretaría de Salud, se recogía información de las EPS y obviamente del hospital. Entonces mire que en conjunto sí podemos participar, sí podemos trabajar.

Otro: fomento de una estrategia de APS, comparo esta estrategia. Estoy completamente seguro de lo que la comunidad quiere, la comunidad se siente muy olvidada por el Estado central. Nos sentimos a

veces excluidos de esas esferas políticas, esas esferas de las entidades públicas, tanto públicas como privadas y se debe incluir, nuevamente retomar a la población social.

El otro, qué propuesta se busca: considerar que el modelo de Salud actual no se encuentra errado porque si funciona en Sevilla, el modelo es viable en otros municipios, el diferenciador ha sido la generación de confianza, se perdió la confianza totalmente y no solo en el sector salud, estamos perdiendo la confianza en los sectores políticos, en las instituciones territoriales que da tristeza, sí, porque no se está pensando ya en la dignidad humana, sino que se está pensando ya en el modelo neoliberal que nos enmarca en Colombia que es el dinero, pero no nos podemos olvidar de la dignidad humana y que este negocio de la salud no se puede volver una mercancía, y hay empresas de salud del régimen subsidiado excelentes, como hay empresas de salud del régimen subsidiado pésimas, como hay hospitales pésimos, como hay hospitales excelentes. Entonces aquí por eso les digo, no podemos generalizar.

De parte mía pues muchas gracias y que tengan un feliz día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Muchas gracias por el buen uso del tiempo. Interviene el doctor José Villamil, Veedor Nacional de Salud. Se prepara la doctora Yolanda Salgado, de la Red Virtual de Pensionados, en su calidad de asesora de esta red.

Tiene la palabra el doctor Villamil.

Doctor José Villamil, Veedor Nacional de Salud:

Buenos días. Primero nosotros queremos sentar una pequeña protesta. Saludando primero a los honorables Senadores y al público en general, porque en los puntos cuando se hacen los proyectos de ley, se hacen las mesas posteriores a cuando se presentan los proyectos, las conclusiones generalmente se quedan en el archivo. Muy pocas y ya tengo la experiencia de la 1438, y aquí hay Senadores que no nos pueden dejar mentir, lo que presentamos y no se tuvo en cuenta y a la reforma de la 1122 fue lo mismo. Yo vengo participando, inclusive desde el inicio de la Ley 100 del 93, donde nuestra participación también fue nefasta, porque nunca se tuvo en cuenta la situación. Por eso nosotros aquí no vamos a comentar los articulados, vamos es a decir un cuestionario, donde le decimos a los honorables Senadores que pasa con este sistema de salud.

Primero le preguntamos al Congreso: ¿cuál es el papel de las ligas de usuarios en el sistema de vigilancia y control? No hay un marco jurídico legal que diga cómo funcionan las ligas de usuarios en las EPS, ni en los Hospitales. Un marco legal que el de esa fuerza y cuando se les da participación en la junta directiva y en las ligas, se convierte en un mercader de los grupos políticos que están metidos en esta situación.

¿Cuál es la acción que desempeñan las veedurías y qué apoyo jurídico tienen? Y les pregunto a los honorables Senadores, porque nosotros presentamos una alternativa de la Ley 850 y no se tuvo en cuenta y especial para salud, porque salud merece y requiere de una situación especial.

¿Por qué razón no se puede controlar la pérdida de recursos y cuál es el ente de control que puede hacer controles de advertencia y será que los utilizan? ¿Qué pasa con la plata?, sí, no, aquí todos somos honrados hasta que se no nos demuestren que somos ladrones, como dice todo el mundo. Pero es que lo que pasa es que aquí no hay una entidad que le advierta a esa entidad, señores, si usted invierte esta plata y la va a extraviar, usted se va para la cárcel. Tiene este proceso pendiente y ya tiene el primer agravante para su proceso, no hay nadie quien lo diga. Entonces el proceso, obviamente, primero sacamos la plata, luego la extraviamos y aquí sucedió lo que inicialmente en el año 1993 cuando se crearon las EPS, hubo tantas EPS que casi que éramos como los habitantes de un departamento y resulta que en realidad no vimos para dónde llegaron todos esos recursos. ¿O ha habido alguna entidad que haya dicho cuánto se perdió del año 93 al año 2000?, ninguna, ni siquiera la Contraloría, porque la Contraloría inclusive gasta recursos para averiguar quién se llevó la plata, y cuándo lo van a sancionar, se perdió este proceso, porque ya se vencieron los términos y como se vencieron los términos todo el mundo se rasca y se va.

¿Saben ustedes cuál es la principal falta que tiene el sistema de salud en Colombia?, ¿por qué es tan notorio y falto de I.V.G. el Sistema en todos los regímenes?, o díganme ustedes si la Superintendencia Nacional de Salud hace una verdadera inspección y vigilancia, control al sistema. Si el problema no es solo la atención del usuario; es que aquí hay que manejar el control financiero de las entidades, hay que manejar el control de atención en salud a usuarios y en la prevención de la enfermedad dotando en la enfermedad también. Nos hemos vuelto, la liga de usuarios, el escampadero y la veeduría del escampadero del pobre usuario que no lo atiende. No debe ser así, la situación debe ser totalmente contraria. ¿Qué papel entonces desempeña como la Superintendencia Nacional de Salud?, ¿y en dónde está en este proyecto de ley la forma como se va a manejar eso?

El concepto nuestro, personal, creemos que todo el sistema falla por lo financiero a falta de un verdadero control, pero este mismo debe hacerse a la misma Superintendencia Nacional de Salud, porque en esa entidad también se manejan aparentemente favorecimientos a determinadas EPS, y lo tenemos comprobado y denunciado, y han salido funcionarios de allá. Pero hay gente que todavía esta y tiene sus resabios y se lo decíamos al Superintendente, aquí hay que iniciar desde la cabeza, si la cabeza falla hay que dar, pero ¿dónde está el sistema de control del Estado? nosotros no somos Estado, somos una veeduría que vivimos con un acuerdo que tenemos y para eso venir aquí nosotros nos toca gastarnos, no es el Estado el que nos da un peso.

¿Qué pasa con Caprecom, por ejemplo con la Superintendencia, que hemos llevado diez mil millones de quejas, hemos presentado todas las pruebas? Aquí no me dejan mentir, el departamento financiero del Hospital Universitario del Valle y el señor Gerente, que nos hemos reunido cinco veces la vez pasada, dos veces con dos acuerdos, nos hemos llevado a Bogotá como veeduría para que hagamos los acuerdos y no nos cumplen y la Superintendencia no

hace nada. Aquí la Superintendencia citó a las EPS para hacer unos acuerdos de pago, citó a 26 EPS, de las cuales vinieron cuatro y si eso es la Superintendencia la que cita, era mejor que hubiera citado a, perdóneme la expresión, Simón el Bobito, que le habrían hecho más caso.

El concepto para tener en cuenta: Debe en esta ley buscar el potencial con sanciones efectivas, procesos rápidos y acelerados, con sanciones ejemplarizantes. Aquí se inician los procesos y la persona se jubila y todavía no ha salido el fallo en segunda instancia. Entonces todavía, es decir, se muere y todavía se va a la tumba, sin que le haya llegado el fallo de segunda instancia, le llega a la tumba. Entonces nunca vamos...

Ya, me quedan únicamente...

Se debe nombrar defensor del Usuario dependiente de la Superintendencia, no estamos de acuerdo con la situación del defensor del usuario, dependiendo de una entidad del Estado que también debe ser vigilada y que no podría hacer absolutamente nada.

¿Cómo separar la politiquería de los procedimientos de I.V.C?, debe manejar el accionar sin la intervención, y perdóneme, de los honorables Congresistas, en las determinaciones de la Superintendencia Nacional de Salud, como lo dijo el Superintendente hace días. Esta debe ser autónoma y coordinada con el Ministerio de Salud para todo lo relacionado con el manejo de los recursos y la atención a los usuarios, más que todo con los usuarios y no con el político de turno.

¿Saben ustedes señores participantes cómo se seleccionan las EPS para intervenirlas?, ojalá les preguntáramos. Creemos que las Intervenciones le causan más daño, ya que solo se da un ingreso más a los interventores. Ojalá conocieran el sistema, cómo se nombra al interventor. Se nombra un interventor que lleva un contralor y lleva dos asesores jurídicos y lleva otros dos funcionarios y crea una planta más de personal, con sueldos obviamente mucho más altos, ¿para qué?, para administrar. Por ejemplo lo vamos a tener a Saludcoop ahora que la veeduría entregue los informes y que les demostremos que el manejo de Saludcoop ha sido nefasto por parte de las intervenciones y peor en los hospitales, como las intervenciones del Hospital de Guanía, del Vichada, de alguno de estos, donde inclusive el que más gana es el interventor, pero los médicos no tienen sueldos.

Cuando las ESE o IPS son intervenidas se demoran, no rinden los informes, se encarece la carga prestacional y no se le da la solución adecuada, estos procesos tienden a cambiar en el futuro. Eso falta en este proyecto.

Por último: ¿Por qué no se efectúa una mesa de veedores desde la visión de combatir la corrupción es una sola? Queremos dejar las incógnitas de si este proyecto de reforma tiene la estructura de Inspección, Vigilancia y Control adecuada a las circunstancias para manejar el control de los recursos, o es una labor de desgaste para el honorable Congreso y los actores del sistema.

Eso era lo que quería decirles, creo yo que la comunidad merece mucho más respeto y por eso digo: si nosotros no nos unimos como comunidad a defen-

der en realidad un proyecto donde haya inspección, vigilancia y control, estamos muertos en vida. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el buen uso del tiempo. Interviene Doña Yolanda Salgado, asesora de la Red Virtual de Pensionados. Y se prepara el señor Héctor Juan Granada, Fiscal de Sintrahospitigas, que interviene en reemplazo de Daniel Alanís, quien le cedió el tiempo.

Doña Yolanda Salgado, Asesora de la Red Virtual de Pensionados:

Muy buen día para todos. Un saludo muy especial, según nuestra estructura del Estado, un saludo especial desde el nivel nacional a los representantes del Ministerio de Salud, muy amable su presencia, de la Comisión Séptima del Senado. El Gobernador que se ha ausentado, ya sabemos, por sus labores. Al Senador muy especial, un amigo muy querido, el doctor Édinson Delgado, que también está en rueda de prensa en este momento.

Muchas gracias a todos ustedes por acompañarnos. Señores representantes de la salud, de los hospitales, los académicos de mi Universidad Libre, que veo a varios por aquí.

Vengo en calidad de asesora de un grupo de pensionados que está andando en la red, que no sé si algunos de ustedes aquí presentes estén afiliados o estén asociados a este grupo: se llama Red Virtual de Pensionados. Es un grupo creciente de más de dos mil quinientos pensionados a nivel nacional.

Me han dado el honor de ser su asesora jurídica, por lo tanto estoy aquí en vocería y representación directa de ese grupo.

Mi nombre, Yolanda Salgado, abogada constitucionalista, especializada en Derecho Internacional.

Me he dado a la tarea de leer detenidamente el proyecto de reforma a la salud presentado por el Gobierno. He elaborado con base en esa lectura unos puntos básicos, para responder unas preguntas que todos debemos responder, cuando leemos cualquier tema, cualquier texto, cuando vemos cualquier situación cotidiana en nuestra vida. Responder unas preguntas básica del por qué, del cómo, del dónde, del cuándo, del para qué, unas preguntas básicas que nos debemos hacer, como condición para poder entender un tema.

Esta reforma a la salud según el Gobierno, encabezada la presentación por el doctor Alejandro Gaviria, nuestro Ministro de Salud, responde la pregunta para qué en su proyecto. Para eliminar trabas del acceso a los medicamentos y de los servicios a la salud. Para reducir la intermediación financiera, para eliminar la corrupción, garantizar óptima regulación y supervisión, en materia de salud estamos hablando de, sostener logros en cobertura. Esos fueron los puntos básicos, entre otros, que tuvo en cuenta el Gobierno para presentar este proyecto.

Y ahorita vamos a desarrollar, si en nuestra opinión jurídica tuvieron fallas o tuvieron aciertos.

¿Dónde y cuándo?, señores de la Comisión Séptima del Senado, a quienes les estamos delegando ese querer de nosotros, ese espíritu de nosotros como ciudadanos colombianos, atención por favor, porque

son los encargados de legislar por la salud en nuestro país y todo somos seres humanos, estamos inmersos en un librito que se llama Constitución Política de Colombia, es un texto maravilloso, con alto contenido social. Entonces por favor, señores Congresistas, señores Representantes del Ministerio de Hacienda, este texto debe respetar.

Vamos a seguir respondiendo estas preguntas, porque sé que en este proyecto de reforma, ellos tuvieron mucho que estudiar este texto: Constitución Política de Colombia; y a todos los exhorto para que lean, amén y hagan respetar nuestra Constitución Política.

¿Dónde y cuándo? En todo el territorio nacional. Este Proyecto de reforma en salud debe aplicarse cuando nuestro Congreso decida aprobar este proyecto de reforma a salud. Una vez se incluyan nuestros puntos de vista, que son los participantes, los representantes del sector de la salud, llámense hospitales, centros de salud, llámense, aquí hay representantes también de algunas entidades que tienen que ver mucho con la salud. Llámense también los usuarios, liga de usuarios y todos los demás representantes.

¿Cómo?, allí está la falencia en este proyecto de reforma. Señores Viceministros del Ministerio de Salud, señores Congresistas Comisión Séptima. Este es el análisis enfocado desde un punto de vista jurídico en el proyecto de reforma a la salud, la falencia está en el cómo vamos a mejorar la salud de nuestro país.

Falta de claridad en el mecanismo que va a implementar el Gobierno para presentar un buen proyecto de reforma a la salud. Una alternativa paralela que ofrecemos, que se revise la política farmacéutica de insumos y de tecnología, hay que incluirla para que se pueda establecer un buen régimen de control a medicamentos.

Reevaluar la autorización a los precios con respecto al estándar a los precios a nivel mundial. Que no se nos sobrefacture, que no exista un sobre costo en medicamentos y tratamientos a la salud, que se vayan a cobrar posteriormente a lo que se va a llamar ahorita Mi Salud, según nuestra propuesta que diseñó el Gobierno.

Diseñar un agresivo sistema de control que prevenga, que corrija si es el caso y que sanee los punticos que hay por allí de corrupción, que se generalizaron y fueron los que llevaron a la hecatombe, la hecatombe del sistema de salud, por los dineros mal usados, con los dinero inadecuadamente apropiados por quienes manejaron la salud de nuestro país.

Muchas gracias. Un pedacito en materia de los pensionados, que se modifique el aporte del 100% que tienen los pensionados, se les cobra el 12% en salud, cuando a los trabajadores se les cobra el 4%, que es la tercera parte y a los patronos las dos terceras partes. A los pensionados se les cobra el 12% en salud, eso es un atentado contra la dignidad humana de los pensionados; y el segundo punto en materia de pensionados, cuando los pensionados tienen acceso a los que devengan más de un salario mínimo, que tengan acceso a una medicina prepagada, porque pueden acceder a ella, no se les obligue a pagar una EPS con el contenido sobre la base del salario mínimo superior a un salario.

Muchas gracias. Esta inquietud la teníamos desde hace bastante tiempo. Le agradecemos a ustedes la oportunidad de presentar aquí nuestros conceptos y por favor les pedimos encarecidamente, tengan en cuenta todas las opiniones, todos los conceptos, todas las Ponencias que hemos presentado aquí el día de hoy, todos los sectores de la salud y otras personas a nivel educativo. Muchas gracias.

Presidente (e.), Vicepresidente, honorable senador Édinson Delgado Ruiz:

Gracias a usted doctora Yolanda. Señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Héctor Juan Granada, Fiscal de Sintrahospiclinicas y el señor Presidente, alterando un poco el orden del día, le da la palabra al Senador Mauricio Ernesto Ospina, después de la intervención del Héctor Juan Granada. Héctor Juan Granada tiene el uso de la palabra. Héctor Iván.

Doctor Héctor Juan Granada, Fiscal de Sintrahospiclinicas:

Agradeciendo la presencia de los distinguidos Senadores, saludarlos a la Mesa Directiva y por supuesto a todos los participantes.

Mi nombre es Héctor Iván Granada, como bien lo dijeron, pertenezco a Sintrahospiclinicas y soy su Fiscal.

Comenzaré con una premisa y es que los expertos en epidemiología lo acabaron de decir, mientras la salud en Colombia se centre en la atención y no en la prevención, este modelo se contratará siempre en la rentabilidad económica. Por lo cual la reforma a la salud que está presentando y planteando el Gobierno, no es una reforma como tal porque no es estructural, porque siempre la rentabilidad económica va a estar ahí. Por lo cual nosotros, los trabajadores y creo que el pueblo en general, no creemos en esta reforma y no creemos en más reformas, creemos en una transformación real del modelo en salud. Pero bien sabemos que tanto el Gobierno, como los representantes del Estado, no están interesados en la misma.

Pero sí quiero centrar mi intervención en algo y antes pedirle una concesión, y es que voy a tomarme cinco minutos solamente, de los ochos que me dan, para darle un espacio de tres minutos a mi compañero Jorge Rodríguez.

Este modelo de la salud en Colombia tiene dos caras o dos extremos: por un lado están el extremos se quienes enriquecieron a costas de los hospitales públicos y el otro lado están quienes han muerto y quienes han sido despedidos, precisamente por la corrupción de los hospitales públicos. Pero este modelo tan extremo, por un lado el pueblo que no ha podido acceder a la salud por no tener recursos económicos, está en el cementerio. Los trabajadores, cuyas empresas han sido cerradas, están desempleados. Pero los corruptos que se robaron los hospitales públicos, hasta ahora, por lo menos, no han sido condenados y bien sabemos que nuestra institución la saquearon y nosotros si decimos nombres propios y los trabajadores sí señalamos y sí hemos denunciado, como denunciemos a la señora Directora anterior, María Lucet Urriago, por todo lo que venía haciendo con nuestra institución, pero hasta ahora ni

la Procuraduría, ni la Fiscalía, ha tomado acciones, solamente la Contraloría, y eso, creo que hablara mi compañero Jorge Rodríguez.

Pero precisamente para remediar lo que ha venido ocurriendo con las instituciones públicas por la corrupción, se inventan tres fórmulas: reestructuración que es despido de trabajadores, intervención que bien lo decía el compañero Villamil, que es aumentar la burocracia y liquidación, que es borrar y cuenta nueva. Porque es que con la liquidación no tenemos a quien juzgar. Nosotros le decimos, honorables Senadores y Representantes, observen nuestra institución, miren de cerca al Hospital Universitario del Valle, y les pregunto: ¿De aquí quienes son pacientes del Hospital y quienes son atendidos en el Hospital?, creo que uno o dos de los que estamos en el auditorio, porque este hospital atiende la gente más pobre del suroccidente colombiano. Este hospital, nuestro Hospital Universitario del Valle, a pesar de todas las arremetidas y a pesar de que la Secretaria de Salud Departamental, en presencia del doctor aquí presente y a pesar de que la Gobernación del Valle le ha dado la espalda a nuestra institución, sigue funcionando y sigue abierta atendiendo sus pacientes.

Bien, si el Estado, la Gobernación y el municipio le prestan la atención debida al Hospital Universitario del Valle, este, con toda seguridad, sin corrupción, atenderá a los cientos de miles de pacientes que acuden a nuestro centro hospitalario.

Y termino simplemente diciendo que los trabajadores y el pueblo tenemos que estar en la calle protestando contra este modelo, que en último lo que hace es continuar con lo mismo que ha venido pasando y veinte años de Ley 100 parece que no fuera suficiente. Gracias.

Señor Jorge Rodríguez:

Muy buenos días, bienvenidos a su Hospital Público Universitario Evaristo García. Un Hospital que la clase dirigente la ha convertido en su caja menor, un hospital en donde los entes de control han sido tan pasivos que se los roban a diario y no hay una acción sobre aquel responsable que se llevó la salud de los vallecaucanos. Una reforma que nos deja muchas preguntas, ¿Por qué no nos tuvieron en cuenta a los trabajadores de las instituciones de salud? ¿Por qué a la comunidad indígena, tan maltratada en nuestro país, no tuvo asiento en esas mesas? ¿Por qué el Ministro da tropezones al decir que la reforma hay que revisarla? ¿Por qué las audiencias, tan necesarias en nuestro país, para esclarecer cosas que hoy son un caldo de cultivo y unas incógnitas como trabajadores y como usuarios del sistema?

Un hospital con seiscientos sesenta y cuatro camas, un Hospital que produce consultas ambulatorios de doscientos siete mil, un hospital que hace ciento doce patologías anuales, un Hospital que hace exámenes de laboratorio entre ciento doce y ciento quince mil, ¿será que no es productivo para la sociedad? y ¿será que no es un icono de respetar y de fortalecer?

Hoy tengo que decirles: aquí no nos estamos diciendo la verdad, aquí no hay una voluntad política para sacar adelante las instituciones de salud pública. Hoy, hoy, siete de mayo del 2013, no hemos recibido el primer giro de parte de la Secretaria Departamen-

tal de Salud, para que este hospital funcione. Hoy, la Asamblea Departamental, a través de la Gobernación, hace giros a través de la estampilla y hace más o menos ocho meses al hospital no le llega un peso.

¿Cómo pretendemos hoy que este hospital funcione, si hoy los trabajadores arañamos para atender a la población y eso la reforma no lo contempla? Hoy la reforma nos dice que le da potestad al Gobierno Departamental y al Nacional para elegir los directores del hospital, que él le da la retrospectiva otra vez a volver esto más politiquero de lo que es.

Hoy vemos con más afugias y con más problemas los recursos que van a llegar a nuestro hospital. Hoy quiero decirles a la comunidad, a los trabajadores de las entidades públicas en salud; organicémonos y tomemos el ejemplo de los estudiantes, que echaron para atrás una reforma educativa que era lesiva, hoy le toca a los trabajadores y a los usuarios de salud hacer lo mismo. Vámonos a la calle, se nos van a robar y nos van a cerrar las instituciones en salud, que están haciendo patria señores. Muchas gracias.

Presidente (e), Vicepresidente, honorables Senadores Édinson Delgado Ruiz:

Senador Mauricio. Y continúa después del Senador.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Después de la intervención del Senador Mauricio Ernesto Ospina, continúa María Fernanda Tovar Plantón. ¿Se encuentra presente María Fernanda?

Honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina:

Para mí estar en este recinto despierta muchos sentimientos y más por todas las caras conocidas de tantos años en el sector de la salud, que nos hemos encontrado, hemos trabajado, hemos sufrido y que entendemos lo que está pasando.

Quise tomar la palabra primero para saludar a todos esos amigos, a las comunidades indígenas en cabeza de Giovanni Yule, que vi que entraron ahora rato, de las comunidades afrocolombianas que nos acompañan, a nuestro gran amigo Jaime Perea, a los líderes sindicales, Ángel, Iván y a todos los que se encuentran acá, y pedirles algo: yo sé que hay una manifestación en este momento contra el Gobernador y el Secretario a las afueras de este recinto. Pero esta reforma no puede demorar señores, el Sistema esta agonizante, el sistema ya toco fondo.

Yo quiero que hoy se expresen todos y dejen en esta mesa de la Comisión Séptima, y estoy seguro que los quiero escuchar, todo lo que ustedes piensan sobre la salud. No permitan dejar de expresarse.

Miren, yo, mi opinión personal, estoy en contra de esta reforma y estoy además un poco molesto porque las declaraciones del Superintendente de Salud dejo en entredicho a todos los Senadores, porque supuestamente le pedimos cargos y le pedimos no sé qué, y yo quiero decirles que jamás he ido a la oficina de ese señor, no lo conozco, como sé que la Senadora Gloria Inés, Claudia Wilches, el Senador Correa, tampoco lo conocen, porque ni siquiera ha ido a la Comisión. Y quería que nos diera explicaciones hoy, porque con ese manto de duda, lo que quieren es pasarnos una reforma que no es la que necesitan los colombianos.

Yo quería que hoy estuviera aquí el Ministro, y celebro que estén los dos Viceministros, pero yo quería que estuviera el Ministro que dice que es un gran karma ser Ministro de Salud, pues que eleváramos ese Karma en este recinto y definitivamente hagamos lo que necesita el pueblo colombiano. Todavía le queda tiempo.

Hoy quiero que no nos dejemos enredar en lo fundamental y es qué es la salud, y si después de que nos contestemos esa pregunta cómo nos lo hacia la profesora ahora de qué es la salud; si definitivamente este modelo abarca lo que es la salud de Colombia. Definitivamente no, estoy completamente de acuerdo. Por eso esa reforma que está pasando en Comisiones Primeras, es la que va a definir el núcleo del derecho, o sea qué es la salud y de dónde a dónde cobija en Colombia. Por eso esa definición tiene que ser lo transversal, lo fundamental, lo estructural, para nosotros definir el cómo en la ley ordinaria de la Comisión Séptima.

A mí no me gusta esta reforma, y aunque el Ministro ha dicho en muchas ocasiones que estamos para construirla, pues me queda la preocupación que la gente no queda informada sobre lo que está escrito en este momento, que supuestamente se va a cambiar, pero ojalá se cambie, porque para mí si hay un golpe fundamental a la tutela, señores. Y este golpe a la tutela no es un artículo que diga: se acaba la tutela. No, no existe eso, no podemos ser tan ingenuos, no pasaría en ningún debate. Pero la forma en que se escriben los artículos, señor Secretario, la forma en que se escriben los artículos de los principios de la salud, quedan en forma progresiva. O sea que ya no va a tener usted acceso al derecho a la salud, sino que va a tener un acceso a una progresividad en el derecho a la salud. Por eso cuando las tutelas fallen, definitivamente van a estar sin dientes y por eso a mí no me gusta esta reforma.

Como tampoco creo que se haga una reforma estructural, creo que las bases quedan iguales; quedamos con las EPS y si no lean la entrevista del Superintendente de Salud en El Espectador el día domingo, donde dice: después de esta reforma pocas EPS van a sobrevivir. O sea ya da por sentado que las EPS quedan, o sea queda la intermediación, como queda la integración vertical.

Yo, nosotros, creemos que hay que hacer esta reforma, pero hay que definitivamente darle los matices que le den garantías a la comunidad, a la comunidad hospitalaria, al hospital departamental, a los médicos, a Andrés Gómez, a todos los que se han luchado estas instituciones durante veinte años, porque no puede ser que ese borrón y cuenta nueva, será para las nuevas EPS y definitivamente los pacientes muertos, muertos quedaron, y los profesionales y empleados despedidos, despedidos quedaron. No estoy de acuerdo.

Les pido, que participemos con los argumentos y que hablen todos los que tengan que hablar y estoy seguro que esta Comisión Séptima los va a esperar hasta la hora que sea, y estoy seguro que así no esté el Gobernador, no este el Alcalde y no esté el Ministro, les vamos a hacer llegar su mensaje. Muchas gracias.

Presidente (e.), Vicepresidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Yo quiero decir.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Después de la intervención de Luz Berly Jiménez, se prepara doña Clementina Erazo, de la Universidad Santiago de Cali. ¿Se encuentra presente? Sí se encuentra.

Doctora Luz Berly Jiménez, Directora Ejecutiva Asociación de Hospitales del Valle:

Muchas gracias. Muy buenos días para todos. Primero pues celebro que este aquí la Comisión Séptima, sobre todo en un templo para nosotros, los que somos egresados de Univalle y los que el gusto de trabajar también por el sector público de Colombia.

Mi nombre es Luz Berly Jiménez, soy la Directora Ejecutiva de la Asociación de Hospitales del Valle.

Quiero empezar mi intervención comentándoles que desde la asociación nuestra, la nacional, que se llama ACESI, hemos hecho un análisis profundo a la reforma y no solo al proyecto de ley, que cursa por parte del Ministerio, sino también a las otras propuestas.

Sin embargo, hemos ido encontrando algunas situaciones que quisiéramos comentarles hoy.

Lo primero que quiero comentar es este cuadro, que de pronto no se alcance a ver allá, pero quiero decirles que estos son los datos oficiales del 2103, datos con que se mide permanentemente a los hospitales y donde nuestro Valle del Cauca aparece con una deuda de más de cuatrocientos mil millones, cuando el 47% de esa deuda corresponde a la deuda que las EPS del régimen subsidiado le deben a la red pública hospitalaria... Ley 1122 sin reglamentar el 37%. Ley 1438 sin reglamentar el 55%... Soluciones completas, pues vamos a tener que dificultades. Lo aceptado, la creación de un fondo... Esto es lo único bueno que le ponen a las Gestoras, que se... contratación.

Sin embargo, es cuestionable que no aparece la salud como derecho humano fundamental. La ley se enfoca a regular el mercado de la enfermedad y coincido allí con él, y atención primaria en salud no la vemos en el nuevo proyecto. Y por supuesto, coloca en riesgo a las Empresas Sociales del Estado. Y lo inaceptable: transformación de recursos públicos... Otra cosa que no estamos de acuerdo es la creación de un fondo para salvar las actuales EPS y en el Valle del Cauca tenemos un ejemplo clarísimo, que es la gran deuda que dejo Cali Salud y hoy, el premio a la ineficiencia. Voy a pasar, como no tengo mucho tiempo. Hemos identificado algunos... Según capacidad de pago. No hay planteamiento en salud pública. Debilidad en el papel de los entes territoriales a pesar que el único artículo es el 35, en los otros no vemos más que el protagonismo que deberían tener realmente los entes territoriales y las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales.

Tenía la Ley 1438 y nos preocupa enormemente el que hayan incluido el tema con el libre nombramiento y remoción... La Ley 1438 se decía que quienes definían el (audio ininteligible), las EPS con los entes territoriales, ahorita solamente serán... Eso, pues es francamente difícil. Hay unos consensos a nivel nacional que quisiera decirles. (Audio ininteligible) deben implementarse la estrategia

APS, creemos en ella. Debe generarse una responsabilidad en los entes territoriales, en el tema de intersectorialidad.

Nuestro caso del Valle del Cauca, en el municipio de Versalles, no es rentable, no es rentable la prestación del servicio porque no hay casi población que consulte por enfermedad. Esos hospitales se han visto presos de salud en su municipio. Un municipio como Versalles que fue municipio, primer municipio saludable en Colombia, ha tenido que padecer el recorte de recursos porque no tiene enfermos. Entonces eso... Por una capacidad instalada para la atención, para la promoción y la prevención y que eso no dependa de la abundante compra venta de servicios como hasta ahora hemos hecho. Si alguno de aquí se ha leído los postulados del plan decenal, parece que fuera en contravía a este... Se requiere una acción gubernamental directa de asistencia técnica y financiera, para estimular el desarrollo de la RIPS. Hay que mirar el tema de la habilitación y la naturaleza jurídica de ellos. Creemos que hay diferencia entre redes integradas... Es que se necesita que se definan. Necesitamos que definamos. Mire, hace dos años señores Senadores, hace dos años nos sentamos con el Ministerio de Trabajo, en ese entonces todavía era Ministerio de Protección Social... La solución no es nombrar gerentes, para eso hay jefes de despacho y si el Gerente de un Hospital va a quedar como jefe de despacho, pues que sea la Secretaria de Salud la que asuma entonces los hospitales. Muchas gracias.

Señor Néstor Hugo, Profesor Universidad del Valle:

Del proyecto de ley ordinaria, pues entonces estaríamos, quizá, violentando ese principio general del derecho colombiano, en virtud de que como bien lo saben, la honorable Comisión Séptima, deja de lado a los demás profesionales de la salud.

El artículo 12 del mismo proyecto de ley estatutaria, si bien es cierto invoca los principios de justicia y equidad... En cuando hace al Proyecto de ley número 210 de 2013, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para ustedes los profesores, los estudiantes, los profesionales en general, gravísimos problemas en torno de los cuales viene gravitando la crisis del sector de la salud, es el problema que atañe a su sistema de formación y por supuesto consideramos desde la academia, que... Que sea de dos años, de tal forma que el Gobierno Nacional de turno, tenga la ocasión de poder hacer los ajustes al interior del sistema, que considere dentro de su gestión...

En el sistema dice que ellos son públicos hasta que se trasfieran desde Salud Mía a los agentes del sistema. Si hubiéramos escuchado ya al señor Ministro de Salud hacer referencia a esa observación en diferentes regiones, que obviamente esta en dirección directa... O nombro a los gravísimos cánceres que corroen al sistema, cual es el de la corrupción administrativa al interior del... Y nos preguntamos entonces desde la academia... El artículo 12 habla del órgano de dirección de Salud Mía, y nos sorprende que siendo la Carta Política tan enfática y clara en la defensa de la participación ciudadana, encontremos que allí la población en general colombiana... doctor España, por haber aceptado que la Facultad en Salud de la Universidad del Valle, a través de mi persona, deje en consideración de la Comisión Sép-

tima del Senado estas reflexiones. A ustedes muy amables y al auditorio por su bondad.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el respeto del tiempo.

Señora Clementina Erazo:

Muchas gracias. Muy buenos días para la honorable Comisión Séptima del Senado y su Mesa Directiva aquí y a todos los usuarios y usuarias hoy presentes.

Vengo del municipio de Tambo... Por casos puntuales no se puede desconocer la realidad de millones de colombianos, que diariamente se benefician con la asistencia en salud, lo que nos permite afirmar.

La población focalizada más pobre y vulnerable en Colombia, bajo las condiciones socioeconómicas y culturales... Es frecuente descubrir que las instituciones prestadoras de servicios de salud es el centro de las mismas es el médico, la enfermera y el administrador, olvidando la razón de ser del sistema... Dejar así como quieran reformar la salud.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

De verdad pedimos excusas, pero todos quieren intervenir y todos los que dijeron quieren que se les escuche, o sea que hay que ser precisos en el tiempo. Qué pena...

Señor Evaristo Novia:

Departamentales de salud, yo tenía hace catorce años cuando en mi pueblo miraba que la gente que se cortaba en su trabajo (frase ininteligible). Adivinaban los abuelos las enfermedades que uno tenía y así lo curaban. ¿Y por qué lo curaban así? porque en ese tiempo los recursos de subsidio a la oferta que el Estado asignaba... Yo me pregunto si en esos años entonces, las pobres madres que tenían hasta nueve hijos, diez hijos, y no sabían que era un control. ¿Por qué no asistían a un control?, porque no conocían sus derechos, no tenían recursos para asistir, si hoy nosotros, si hoy que tenemos esa potestad, me extraña que con esta reforma y algunos opositores del sistema, pretendan nuevamente... ¿Por qué?, porque las manos, porque los recursos en manos de estos señores, sin saber que politiquero este de turno, ahí si compañero, como... Y leyes van en persecución de las EPS. ¿Pero porque los prestadores públicos también no los controla?, ¿Por qué también no les aplican las leyes, las reformas? si es a aquellos que por su ineficiencia se tienen que morir, porque no tienen los especialistas necesarios, porque... las reformas o las leyes se apliquen para todos, no solamente para unos, e invitarlos a ustedes, Senadores y Ministros que están hoy aquí, es que nos ayuden a que esta reforma realmente sea una reforma que beneficie realmente a un pueblo pobre, a una gente que está allá arrinconada... Y bien, miremos a quién se lo entregamos, quién lo debe hacer, para que realmente que el sistema funcione.

La invitación es a que nos ayuden a que la reforma realmente apunte a las necesidades de la población pobre, porque déjenme decirles, lo único bueno que los pobres tenemos es el carnet del régimen subsidiado, porque los demás programas del Estado... Para terminar, que mi Dios los bendiga, que les dé mucha sabiduría y que la reforma vaya en pro de una población pobre y vulnerable, pero que no...

Que realmente los recursos lleguen nuevamente en manos de unos entes territoriales, que ya sabemos cómo son. Estamos cansados y hartos de...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el excelente uso del tiempo. Entrevi-
ne doña María Orfilia Flor.

Entrevista al Senador Édinson.

Periodista:

¿Cuál ha sido el resumen o lo que ustedes se han llevado de las intervenciones que van hasta el momento de esta exposición?

Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bueno, de verdad esta audiencia es muy importante, porque hemos recibido de los sectores que han intervenido algunas recomendaciones o reafirmar lo que llevamos. Y en eso se han contemplado temas es como lo que hemos denominado Mi Plan, puede fortalecerse, es un proyecto fundamental, lograr que definitivamente se pueda introducir nuevos procedimientos, nuevos tratamientos, temas de medicina, la parte de actividades en ese Mi Plan Fundamental.

Por otro lado recibir, por ejemplo, concepto si los entes territoriales deben o no deben manejar el sector subsidiado en el país. Recibir otras impresiones en términos que la salud definitivamente tiene que estar configurado en la ley ordinaria como un derecho y otra serie de elementos fundamentales. Yo creo que todo eso nos nutre a nosotros para una toma de decisión final. Usted sabe que aquí se está planteando es que las EPS ya no deben funcionar, sino crear unas gestoras; es otra discusión, ha habido posiciones diferentes. Entonces, para nosotros esta audiencia nos nutre esa serie de exposiciones, de recomendaciones. Creemos que es un buen ejercicio construir desde lo colectivo un proyecto de ley tan importante para el país.

Periodista:

Senador ¿qué se hace con lo que se recoge hoy de las diferentes puntos médicos, usuarios, EPS, que se hace con todo lo que se recoge hoy?

Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Si a través de la Secretaría y de algunos expertos que están asesorando a la Comisión se sistematizan las diferentes recomendaciones y se entra a analizar con respecto a la propuesta del Gobierno Nacional y de los Congresistas, y ahí se van definiendo si algunas de ella son viables, que implique modificar algunos artículos, se hace, si implica artículos nuevos, también se construye. Esa es la mecánica que se utiliza como resultado de estas audiencias públicas.

Periodista:

Finalmente, ¿cuál es la importancia de colocar estas Ponencias, donde la gente puede ir a expresar su situación?

Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

No, es darle legitimidad. Yo creo que es fundamental en cualquier ley de la República, y más una de esta envergadura, lograr la legitimidad y se logra en la medida en que la gente sienta que participa, que se escucha, que se le tiene en cuenta.

Una ley de esta naturaleza, haberla desarrollado ya en los recintos internos del Congreso con el Gobierno Nacional, no tendría sentido. Por lo tanto eso

es parte del objetivo, darle base, darle sustento, de la intimidad el pueblo colombiano.

Periodista:

Édinson Delgado, Senador. Que este muy bien.

Intervención:

Con responsabilidad a los, que el Estado debe como tal entonces garantizar que esa deuda que tiene las EPS sea de cien o veinte, o de trescientos sesenta días, sea garantizada para los hospitales públicos.

Con respecto al tema de la participación social en salud. Las ligas de usuarios, las asociaciones de usuarios, deben tener su propia autonomía. No puede seguir existiendo o no puede seguir que nos convoquen a las ligas de usuarios a que nombremos nuestros representantes, bien sea a las EPS o a los Hospitales, pero los que reciben son otros para entregarles la junta directiva.

Y finalmente entonces con el tema de los consejos territoriales de.

Entrevista a Evaristo Navia:

Periodista:

Evaristo Navia, Representante de comunidad afiliada al régimen subsidiado de mercaderes.

Evaristo, ¿Qué importancia tiene que toda la población tenga participación en estos procesos de modificación al sistema de la salud?

Evaristo Navia:

No, me parece muy importante que al fin estos, o la Comisión Séptima del Senado hayan tenido en cuenta la población, para definir temas importantes como la reforma a la salud. Porque si bien es cierto ellos desde sus escritorios, no podrían realmente tener claro como es el sufrimiento de la población para acceder a un servicio de salud.

Entonces es importante porque nos están escuchando y ojalá que al escucharnos hagan una reforma en bien de una población pobre y vulnerable.

Periodista:

Evaristo, concretamente y resumiendo, ¿Qué modificación requieren ustedes o están apelando ustedes?

Evaristo Navia:

No, lo que queremos realmente nosotros es que los recursos del régimen subsidiado no se centralicen nuevamente en manos de los entes territoriales. Que siga el sistema como esta o que si lo cambia, pues que si dejan las EPS como Gestoras, que las dejen como Gestoras, para que ellas contraten y sean las interventoras de la prestación de esos servicios.

Periodista:

Doctor Néstor Hugo Millán, profesor de Postgrados de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Doctor, ¿Cuál es la importancia que se le dan a estos espacios, donde la comunidad de usuarios, el sector salud, puede manifestarse acerca del sistema actual de salud que tenemos?

Doctor Néstor Hugo Millán:

Es mucha la importancia y esto explica el que las diferentes universidades del sur occidente colombiano hayan aceptado la invitación de la Comisión Séptima del Senado de la República, para venir a compartir con los honorables Senadores una serie

de reflexiones que hemos hecho desde la academia, para que sean tenidas en cuenta en los debates formales que hará el Congreso y en las decisiones finales que se tomarán, para protocolizar las dos futuras leyes que regirán en el nuevo sistema de salud en Colombia.

Periodista:

¿Qué esperan de estas Ponencia?, la gente se manifiesta, cada uno da su posición, ¿qué esperan ustedes que sea todo lo que se recoge acá?

Doctor Néstor Hugo Millán:

Nosotros esperamos que la célula legislativa, en este caso la Comisión Séptima del Senado atienda nuestras preocupaciones y nuestros intereses, que desde luego son los intereses de la comunidad, en torno de un mejoramiento para las condiciones de salud y de la calidad de vida de la población colombiana.

Periodista:

Doctor Luis Fernando Cruz Gómez, investigador de la Universidad Libre.

Doctor, ¿cuál es la importancia para estos espacios?

Doctor Luis Fernando Cruz Gómez:

Bueno, yo creo que lo trascendente es que quede claro que las políticas públicas no se hacen porque se les ocurran a unos Senadores o Representantes, las políticas públicas que reflejan leyes, o en este caso de la salud, son la consecuencia del querer de la sociedad y ese querer, ese reclamo, se puede lograr a través de eventos como estos, que de paso lo hemos visto, son reclamos justos, civilizados y con un gran nivel de cordura y conocimiento práctico.

Periodista:

¿A qué apela el sector salud en cuanto a la reforma del sistema de salud?

Doctor Luis Fernando Cruz Gómez:

Pues yo creo que el reclamo fundamental es muy claro, la salud no es un negocio, ni las personas una mercancía. La salud es un derecho fundamental y la dinámica de la prestación de los servicios debe hacerse en consecuencia de que están tratando con ciudadanos que tienen una serie de condiciones en su entorno social, en su entorno económico y por supuesto en la carga biológica que le da problemas de salud y enfermedad.

Periodista:

¿Qué espera de una ponencia como estas, que se haga con todo lo que se recolecta de los diferentes sectores?, ¿qué se espera que se haga con eso?

Doctor Luis Fernando Cruz Gómez:

Bueno, yo creo que son pasos, este es un evento de múltiples que se están haciendo en el país, lo importante es que esto no solamente se quede en el vacío y en palabra en el aire, sino que se concreten en mecanismos de legislación, que no solamente se formulen como leyes, sino que sean evaluadas de manera permanente, para ver que los resultados están produciéndose y los cambios tal como se esperaba.

Continúa audiencia.

Intervención

Socializar, hacer una audiencia pública, pero sería interesante que nosotros, los ciento dos pueblos in-

dígenas que estamos aquí seamos consultados como lo dice el mismo artículo 66 del mismo proyecto. Porque es que nosotros pertenecemos más o menos a un millón de indígenas, mal contados en el país, pero que no se nos tienen en cuenta; nos odian para unas cosas, somos estorbo para otras, pero sí somos importantes para otras cosas. ¿Somos importantes para qué? Cuando necesitamos sacar medicamentos, insumos médicos, ingresar a nuestros territorios, sacar toda la materia prima, ahí sí somos importantes los indígenas. Pero cuando tenemos una propuesta clara como indígenas venimos haciendo APS, ni de más ni menos hemos APS o incluso AP ambiental, atención primaria ambiental milenariamente. Nosotros todos los indígenas somos fruto de partos domiciliarios, eso significa que nuestra ciencia funciona. Que hay una crisis en salud, eso es verdad, pero es producto de una crisis del sistema, porque es que es un sistema traído desde Chile, es un sistema canadiense, estos son los resultados se van a ver aquí claramente, o sea es el deterioro, el detenimiento de la salud, porque es que son treinta y ocho millones que se invierten solo para esta franja que es la seguridad social, que es el 15% de los determinantes de salud. ¿Pero qué estamos haciendo el medio ambiente? ¿Qué estamos haciendo en estilo de vida saludable?

Nosotros la población de colombianos decimos que somos el país más violento del mundo, pero ni siquiera pensamos en el autocuidado, porque es que la salud tiene que partir de nosotros como patrimonio, no tiene que ser pues que no lo tenga que garantizar el Estado. Siempre es que tenemos que, como dicen los antiguos proverbios, que es diciendo y haciendo, o que es rezando y cómo es.

Eso, entonces es de ida y venida.

Entonces nosotros tenemos una propuesta donde nosotros queremos que sean escuchados, tenemos una ciencia, una tecnología, somos ciento dos pueblos y que esas propuestas del sistema intercultural de salud propia sean tenidas en cuenta. Tenemos unas normas organizativas, tenemos empoderamiento en nuestros procesos de salud, tenemos una medicina propia que hace gala de los estilos de vida, porque es que cuando hablamos de salud no es esa visión segmentaria que nos enseñan las universidades de esto es económica, esto es salud, esto es filosofía, esto hace parte del territorio, pero nosotros tenemos una visión integral. Porque es que si hablamos de salud, incluso de una entramos a hablar de nutrición, de una empezamos a hablar de estilos de vida saludable. Eso es lo que nosotros queremos hacer, que se nos tengan en cuenta, que no solo sea para quitarnos el conocimiento, en fin.

Muchas gracias a todos, esta es nuestra autoridad central que nos avala y estamos aquí. Gracias.

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

Doctor Héctor Fabio Lenis y luego continúa el Padre Huérfano de Edsalud.

Doctor Héctor Fabio Lenis:

A la honorable Mesa que preside la Comisión Séptima del Senado, a los usuarios, a los médicos, a la institucionalidad, muchas gracias por la participación y sobre todo la oportunidad para intervenir.

La intervención mía está focalizada en tres puntos estructurales, honorables Senadores. La Corte Constitucional ya definió y conceptualmente ha dicho que la integridad vertical riñe con la Constitución del 91, artículo 333 del inciso. Voy a remitirme rápidamente a los puntos. La propuesta también es que se incorpore un capítulo único para que se cumpla la Ley 735 del 2001 para los hospitales, denominados de categoría especial, hospital universitario.

Y unos elementos de calidad, de autonomía al usuario y de derecho prioritario, que si no se incorporan en este proyecto de ley ordinario, ese efecto es nano o nano en la ley estatutaria. Es decir que si no queda en la ley ordinaria, así se traslade los elementos de calidad, derechos de usuarios, no va a pasar nada.

El Constituyente del 91 definió la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestaba bajo unos principios: coordinación, dirección y control. El sistema actual está totalmente desarticulado en estos principios y atenderá la eficiencia, la organizabilidad, la seguridad, que tampoco se evidencia en lo que ha recorrido estos largos años.

Ya la jurisprudencia constitucional, especialmente la T-696 del 2000, señala cuál es la teoría jurídica del recaudo del sistema a la salud. Según la jurisprudencia precisa que el recaudo del Estado de los recursos provenientes de los usuarios de la seguridad del sistema de salud goza de una finalidad específica cual es atender la necesidad en la salud.

Y esa misma jurisprudencia del año 2000 identifica dos elementos esenciales: el derecho a la dignidad humana y el derecho humano, y el derecho a la configuración de que el sistema de salud es de carácter asistencial. Por lo tanto, cuando esa condición no se reconozca dentro de un Estado Social de Derecho, que impone acciones concretas en el desarrollo del predicado legislativo, en cuanto a que la estrategia de servicio público deberá garantizar el goce efectivo y por lo tanto en el proyecto de ley debe quedar un elemento que hable de prioridad y servicio público. Si no se habla de que el servicio a salud es prioritario y esencial, no pasa nada con este proyecto de ley.

Por lo tanto, en ese contexto, voy a definir conceptualmente en un diccionario qué es la integridad vertical patrimonial y ese concepto llevado al sistema de salud: la integridad vertical es en microeconómico y en dirección estratégica, la integración o una teoría que define un estilo de propiedad y control. Las compañías integradas verticalmente están unidas en una jerarquía y comparten un mismo dueño, generalmente los miembros de esa jerarquía desarrollan tareas diferentes, que se combinan para satisfacer necesidades en común. ¿Cuál es el elemento de necesidades en común? Un conjunto de necesidades, sinergias que dirigen tareas, servicios y pongo el ejemplo: una petrolera, la petrolera tiene un sistema de integridad vertical: explora, explota, distribuye, a veces vende.

Ese mismo concepto llevado a la salud se define: el sector de la salud, la integridad vertical presenta dificultades por sus especiales características de ese mercado, de macroeconomía y ha sido definida como la coordinación o unión en líneas de servicio,

dentro o a través de las etapas en los procesos de producción de atención a la salud.

¿Cuál es el proceso de atención a la salud o procesos de producción? Esto supone que la integridad vertical se relaciona con la circulación de pacientes, a través de etapas de producción, que son determinadas por episodios de salud.

Entonces la integridad vertical es una estructura de gobierno, diseñada para coordinar, controlar un servicio de represión, que están en diferentes estados de la cadena del valor y que facilita la colaboración y la comunicación.

El interrogante de ello qué es: que entonces en qué condiciones queda el usuario y en qué condiciones queda el sistema. Primero que todo el usuario pierde autonomía, en su derecho se crea un sistema de bloqueo y hay una recomendación entonces: se hace porque en el proyecto ordinario, en el proyecto de ley 210 trae en los artículos 24, 26 y 32 en su inciso segundo del proyecto, se recomienda que los Gestores del servicio de salud conformaran redes de prestación de servicios a la salud, luego el concepto de integridad vertical está como un mico en (palabra ininteligible).

Ya la Corte Constitucional en sentencia 1041 del 2007, cuando se pronuncia, porque es en la Ley 1122 que se restringe la integración vertical hasta un 30%. Pero del 2007 a hoy es que riñe con la Constitución porque genera abuso de posición dominante y entonces decimos: la inconstitucionalidad sobreviniente sobre la integridad vertical en el proyecto cuando sea ley, a la luz del inciso tercero en el artículo 333, que dice:

El Estado, por mandato de la ley, evitará, controlará cualquier abuso de personas o empresa que tenga de su posición dominante en el mercado nacional. Luego con lo anterior, la empresa con base en el desarrollo no cumple con la función social, que implica obligaciones si quebranta la naturaleza del servicio público, obligatorio, asistencial de lo que se entiende por salud, que es prioritario y es un derecho fundamental.

Lo anterior entonces distorsiona la visión de los Gestores, según en el proyecto y según el análisis de concepto de integración vertical. Lo que la salud busca, prestar indudablemente, prestaciones indudables de salud que se realizan para disminuir la probabilidad de la enfermedad y la discapacidad, y para mantener o cuidar la salud.

Hay una serie de recomendaciones que nosotros queremos hacer: uno, que se incorpore un capítulo único para la realización especial de los hospitales de las IPS o ESE que observen un convenio docente-asistencial, porque ya la Ley 735 del 2001 señala que el Ministerio de Educación en esa ley que está en desuso, que no se ha aplicado por el Ministerio, ni por Educación, ni Salud, debe financiar la investigación científica del hospital categorizado universitario o convenio docente institucional.

Y el Ministerio de la Protección Social debe apalancar con recursos de la nación, por principio de concurrencia, la atención de población vinculada que aún existe en Colombia. Población desplazada que es muchos millones de ahí y colombianos en situación de indigencia. Hay una recomendación que se hace

para que la Comisión Séptima revise integralmente el artículo 227 de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 972 de 2005 para enfermedades terminales, la Ley 775 del 2001 –que está en desuso– y el Decreto Reglamentario 1663 de 1994, que habla de los controles y evaluación de la calidad del servicio.

Es decir que si la Comisión Séptima no revisa integralmente una inspección normativa, el proyecto de ley sigue siendo una burla. Y por último queremos señalar que la Corte Constitucional en Sentencia 689 de 2008 dice que toda política pública se debe construir con el concurso de los ciudadanos. El día de hoy simplemente es una verificación y una participación de validación de un proyecto que ya fue entregado por el Gobierno, por lo tanto esa es la recomendación que estamos haciendo y queremos por último a la Mesa recomendar algo que se me quedó por fuera dentro del tiempo restringido.

Hay que recoger también por lo menos el Decreto Ley 019 de 2012 en el ámbito, o en el afán del Gobierno de reducir la racionalización de la tramitología, también afectó procedimientos en la salud. Por ejemplo, un usuario y voy a poner el ejemplo de la medicina complementaria prepagada: un usuario que por su contingencia no logre ir a la integración vertical, al *pool*, al grupo de la salud a donde uno está inscrito, entonces uno tiene que atenderse por un particular médico, que es un científico también. Y al ir a su EPS vuelva a consultar un galeno, un médico. Trámites para poder que se autorice la transcripción, cuando ya tenemos una prescripción de un científico.

Luego las medicinas prepagadas con la ley antitrámites están aplicando abuso de posición dominante, aplican reservas y lo que hizo esta tramitología es enredar una condición de servicio esencial. Y el Decreto 1694 del 94 dice que cuando un usuario ya tiene un diagnóstico de un tratamiento de largo proceso, no tiene por qué volverse a someter otra vez a citas y a consulta médica general. Lo digo, esos son unos puntos que se le recomienda a la Comisión Séptima que se tengan en cuenta. Muchas gracias.

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

Muchas gracias. Los compromisos que tiene el viceministro, por favor. Entonces continuamos con el padre Huérfano y luego el doctor Alejandro Soto Nieto, Secretario de Salud del municipio de Palmira.

Julio César Mesa:

Buenos días, compañeros y compañeras. De parte de Edsalud, del compañero Huérfano, mi compañero es Julio César Mesa, Coordinador General de Edsalud. A ver, vamos a ser muy puntuales en varios aspectos: invitar a la Comisión, de manera muy respetuosa, del Senado de la República, a que por favor tengan en cuenta que cuando uno legisla, legisla es para el pueblo y es el pueblo quien les elige, de manera respetuosa.

Me identifico con muchas de las ponencias, nos identificamos de lo que se ha expresado acá, incluyendo lo que acaba de decir el doctor Lenis. Esta clase de proyectos de ley son para construirlos con la ciudadanía, no para que simplemente se nos convoque a mirar qué es lo que se va a hacer y nosotros no podamos de verdad incidir como dicen. Desde octubre del año pasado, para la Comisión del Sena-

do, es bueno reiterarles que en el centro cultural con Cali, que se llevó a cabo en octubre del año pasado una reunión con la Comisión, nosotros también radicamos un documento al doctor España, para que le llegara incluso a todos los honorables Senadores y Representantes de Cámara.

Haciendo esa aclaración, nosotros nos queremos referir a tres cosas fundamentales: una, vamos a dejar nuevamente un documento a la Comisión, de manera formal. Es un documento de doce páginas, en estas doce páginas nosotros estamos tocando temas puntuales como es el contexto social, la cobertura accesible y pertinente en salud, ejemplo de hoy el aseguramiento, el componente científico, el financiero y el comentario. Sobre esos ejes temáticos está nuestra humilde y respetuosa ponencia para la Comisión.

¿Qué queremos reiterar? Primero, nosotros no necesitamos una ley reglamentaria más. En estos momentos si nosotros hacemos cuentas, en menos de diez años hemos tenido ya dos reformas, la 1122 y la 1438 actual, y ahora estamos hablando de otra ley que va a ser reglamentada. Necesitamos una ley estatutaria que nos defina en tres principios concretos: una, que se tenga en cuenta el marco constitucional de garantizar el derecho a la vida; dos, que para garantizar el derecho a la vida, como lo dijo la honorable Corte Constitucional de la sentencia 760, la salud es un derecho conexo a ese derecho fundamental a la vida; y tres, que se tenga también muy en claro, respetuosamente, que aquí esto no es para que hagamos una competencia de mercadeo, no es para que se juegue con la vida como si nosotros fuéramos una mercancía más, un producto más. El modelo actual que se está planteando, respetuosamente, son una falacia más que va a salir.

La propuesta nuestra, respetuosa, es: apruébese una ley estatutaria que defina claramente qué es salud, cuál es el concepto del cual vamos a hablar de salud, qué es el aseguramiento real y qué es el derecho a la vida, que sobre ese marco claro, ahí sí se haga la normatividad pertinente de salud y se tenga presente. En estos momentos tenemos una cantidad inmensa de leyes sobre leyes, decretos sobre decretos, resoluciones, circulares, acuerdos, que es lo que confunde el sistema.

De manera también respetuosa, queremos reiterar que en el contexto financiero, es cierto, las entidades públicas deben ser sostenibles, las privadas obvio, no tienen que ser sostenibles, deben ser lucrativas, tengamos claro eso.

Pues bien, lo que debemos de buscar en salud es que el modelo sea un modelo equitativo, tenga un equilibrio entre lo financiero y lo social. También es importante en el aspecto científico, como lo mencionaba ahora el doctor Lenis, nosotros lo mencionamos acá, no tiene presentación que cuando se va a solicitar una cita y sobre eso no dice nada la ley, cuando se va a solicitar una cita con otro especialista, hay que esperar tres, seis, hasta un año, para que la persona pueda acceder y estamos contradiciendo la promoción y la prevención de la salud.

La ley como tal, el proyecto como tal, no plantea nada relacionado a incidir en salud pública, en promoción y en prevención, en atención primaria de salud. Los discursos que siempre hemos estado hablando desde la constitución de la Ley 100 de 1993

y a la fecha eso no se ha dado y este modelo de ley tampoco menciona nada. Esto, respetuosamente, yo le decía ahora rato al doctor Luis Fernando Cruz, me decía: ¿ustedes que opinan?, y le dije, de manera respetuosa: este proyecto de ley, fuera de ser una falacia, respetuosamente, es un mico, es un elefante con apariencia de mico. Aquí no es solo el problema de las EPS, que las van a maquillar como GES, como unas Empresas Gestoras de Servicios de Salud. El problema no es solo allí, compañeros y compañeras, hay que mirar mucho más el trasfondo de la ley.

Faltan dos minutos y ya los vamos a cumplir, no se preocupe, dama.

Entonces la invitación de manera respetuosa, aquí varios compañeros, partiendo del Compañero Iván, manifestó algo que la verdad hay que hacerlo, debemos de movilizarnos como ciudadanos y quiero cerrar con esto: cuando estemos en un proceso electoral, por favor tengamos conciencia electoral, con mucho respeto sepamos a quiénes elegimos, son nuestros derechos, por Dios, nos estamos entregando en unas elecciones, después no nos quejemos, después no digamos que el Senado y la Cámara no sirven, que el Concejal no sirve, que el Diputado no sirve, es que somos nosotros los que no estamos sirviendo al hacer una mala elección.

Muchas gracias. Espero hayan entendido que esta es una apreciación respetuosa, que como ciudadanos tenemos el derecho a expresarlo. Muchas gracias.

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

Desde luego. Doctor Alejandro Soto, como Secretario de Salud del municipio de Palmira, y luego tenemos a José Muñoz, pacientes VIH Caprecom, y para información de ustedes, la doctora Elisa Torrenegra, de Gestarsalud; Juan Carlos Giraldo, de Asociación de Clínicas y Hospitales, y luego demás intervenciones.

Doctor Alejandro Soto, Secretario de Salud del municipio de Palmira:

Muchas gracias. Muy buenos días. Básicamente sobre la reforma no quiero pronunciarme, porque creo que en dos o tres de las intervenciones que se han hecho durante el día, me pareció muy completo el ejercicio. Pero sí quiero hacer la mención de tres cosas grandes: primero, cuando fuimos convocados al Foro, hay varios proyectos de reforma andando, solo hemos hablado de uno y es necesario de verdad medir pues la recomendación, pues para la Comisión Séptima, de que se analicen las bondades de cada cosa, porque es que en algún momento llega uno al escenario de la dictadura de la ley, ve, ahí nos quedó mala, pero pues toca cumplir. Realmente lo que necesitamos es pasar un poco más allá y ahí va mi segunda recomendación, a la ejecución del articulado. Y a ese respecto quiero apelar a las facultades también de control político del honorable Congreso, y es que lo decía la presentación de la doctora Luz Berly, tenemos un porcentaje altísimo de no reglamentación y de no ejecución de las normas con las que ya contamos. Entonces pues sí, sí, chévere la reforma, muy interesante la discusión, empezar a hacer todo el proceso de socialización y demás y que ojalá en el transcurso de este año, que el otro año salga, está bien y es algo necesario y válido para discutir. Pero yo sí creo que con las herramien-

tas que en este momento tenemos, lo que hoy las normas nos da, muchas de ellas sin reglamentar, sin ejecutar, terminamos teniendo una situación atípica y a este punto quiero poner un ejemplo: desde que nace la Ley 100, en el artículo 161 se establece la responsabilidad de los empleadores y en el artículo 164 se establece el núcleo familiar.

En el párrafo del artículo 164 se establece qué pasa con los nietos de cotizante, me explico: yo tengo una hija de 17 años, que de pronto se embaraza y tiene un niño, ese niño no es beneficiario del núcleo mío, entonces se queda por fuera. Sin embargo la Ley 100 ni siquiera una reglamentaria, la misma Ley 100 dijo que ese niño automáticamente se afiliaba. A través de los años es un tema insoluto, las EPS decían que no lo afiliaba, los convertían en vinculados o en población pobre no asegurada, y así mismo al otro.

Al punto que el Ministerio se vio obligado a generar una circular el año pasado, antepasado, que fue la circular 024, aclarándole a todo el mundo lo que ya la ley decía y es que ese niño tiene derecho a afiliarse y que el sistema le reconocerá la seguridad social durante un año. ¿Pero qué pasa? Seguimos con ese bendito problema. Hace menos de tres meses tuve un caso en el cual tuve que llamar la atención a una IPS que presta servicios para la población en mi municipio, me dijo: mire, no se preocupe, doctor, yo le colaboro. Nosotros le pedimos la tarjeta de crédito a la señora y lo pasamos y luego miramos. Entonces yo le dije: pero esta es la circular 024, no, sí, doctor, pero es que yo tengo es que hacer caso a mi reglamento interno.

Entonces allí tenemos un problema, con eso quiero terminar mi intervención, y es que cualquiera... Yo soy auditor, he sido EPS y he sido IPS, cualquier auditor de tercera línea, como lo digo yo, de una EPS, escribe en un papelito y firma y eso se vuelve jefe. O sea, el auditor dice: a partir de ahora no le recibo sin soportes y ya, y todos los demás tenemos que hacer caso.

Cuando pedimos que se ejerza lo que ya está dentro de la norma, tenemos muchas dificultades para lograr que eso se cumpla y hay que ir a pelear con todo el mundo, hablar con el uno, hablar con el otro, hasta que por fin por allá, gracias a Dios van saliendo las cosas.

A ese punto yo sí quiero como dejar sentado que realmente un buen punto de partida para los distintos proyectos de ley que hay sean estatutarios, sean ordinarios y demás, es que hagamos cumplir lo que ya tenemos. Ya ahí está establecido qué hacemos con la población, con las personas que es demasiado rica para considerarse del régimen subsidiado, pero demasiado pobre para pagar mensualmente, pero no ocurre, no está reglamentado. Entonces a ese respecto sí quiero de verdad hacer una recomendación.

Todo lo que presentaba ahorita Ricardo respecto de que cosas ajustadas dentro de los proyectos de ley y demás, bienvenido y seguramente habrá lugar a esa discusión y habrá posiciones diferentes, pero sin meritocracia o no meritocracia, pero todo lo que escribamos en esa ley, digo escribamos porque regularmente pues el Congreso debe representar a nosotros los constituyentes primarios. Todo lo que escribamos en esa ley puede convertirse en letra muerta si no eso no se ejecuta. Entonces si no partimos de que lo que

ya hoy tenemos en norma se ejecuta suficientemente, pues la verdad no le debemos botar corriente. A ese respecto radicamos ante el Ministerio hace, del municipio de Palmira, hace unas semanas una propuesta sobre la consideramos que son reglamentaciones urgentes, de cosas que tienen que darse ahora.

Concretamente el tema de atención primaria en salud y el tema de aseguramiento continuo y continuidad del aseguramiento, ha habido una agenda inconclusa que debe concretarse. Independientemente la figura o el nombre que le pongamos a la EPS, e independientemente el tema el tema. ... Hemos tenido avances importantes, el modelo de aseguramiento ha mostrado unos beneficios que no teníamos antes, unas cosas que teníamos ganadas las perdimos, otras no. Yo no quiero entrar en esa dinámica, porque es una dinámica perdida en la que uno se siente, todos toman una posición y defienden su posición. Pero como ciudadano sí creo que es indispensable que el Estado sea un poquito más garantista en que al ciudadano le toque lo que le corresponde, a que lo que ya está establecido por norma nos lo den, funcione como tiene que funcionar, con el cumplimiento de nuestros deberes, pero garantizando que esos mecanismos que ya lo expidieron y que nos parecen muy buenos cuando lo expidieron, en la práctica del día a día se viva, que funcione, que realmente nosotros todos los días y lo mencionaba ahorita un compañero médico también, todos los días lidiamos con lo que se supone que no ocurre, todos los días lidiamos con lo que se supone que está garantizado, todos los días se vulnera el derecho que tiene que ver con la protección laboral; si yo he cotizado más de doce meses, tengo derecho a un mes de cobertura, no, inmediatamente me desafilian y me saca todo el núcleo familiar y riase el problema para garantizar la atención, ese es el caso que comentaba ahorita: figura desafiliado, pero figura afiliado al otro lado.

Entonces en ese diario vivir, no vemos una participación efectiva, exhaustiva, detallada. Ante todo de esos mecanismos y del tema de control. Si de aquí a enero, no sé, o en algún momento salga la reforma y cambiamos el modelo, entonces nos vamos a dedicar un tiempo en aprender y mientras aprendemos, entonces los mecanismos de regulación quedan en *stand-by* y como quedan en *stand-by* no hacemos ni lo uno ni lo otro. Pero el diario vivir nos toca seguirlo lidiando cada uno desde nuestros municipios y desde nuestras EPS.

Entonces sí pedirles encarecidamente que se nombre una Comisión de seguimiento, a la implementación y reglamentación del tema de salud. O sea que hay un seguimiento similar al que se venía haciendo como por los que fuimos convocados, por la Comisión de la implementación de la sentencia 760.

Entonces, hombre, por qué no hacerlo desde el principio, desde la norma, que haya una Comisión delimitada a esto, a la realidad de lo que vivimos, porque no puede ser que siempre el resultado de un proceso, en el cual obviamente habrá dificultades y habrá cosas que no logremos terminar, que no logremos cumplir, entonces hagamos otra reforma, hagamos otra ley. Hombre, garanticemos desde el principio que haya los mecanismos, para que la norma se cumpla a cabalidad. Muchas gracias.

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

Bueno, muy bien, gracias. Doctora Torrenegra, de Gestar Salud, pero antes de eso, teníamos a José María Muñoz, pacientes VIH Caprecom, y luego la doctora Elisa Torrenegra, de Gestar Salud.

José María Muñoz, pacientes VIH Caprecom:

Buenas tardes. Un saludo muy especial para los representantes de la Comisión Séptima del Senado, a los representantes de la salud. Vengo a hacer una denuncia pública de lo que está pasando con la EPS Caprecom aquí en Cali.

Desde el primero de abril de 2013, los pacientes de VIH de Caprecom no tienen ningún contrato para que les hagan los procedimientos de medicamentos, ni atención en salud ya que la EPS no quiso seguir atendéndolos ya que no les habían pagado. Caprecom pone en peligro la vida, salud, dignidad y calidad de vida de los pacientes.

Fui a la Secretaría de Salud Municipal de Cali, que investigue lo que hace la EPS Caprecom con la comunidad, sin importarle la vida de seres humanos que son rechazados por la sociedad. Pacientes con tutela, desacato y ni aun así, violan el derecho a la calidad de vida.

Empleo que la señora Mary Luz Zuluaga me acompañe en acompañamiento de manera inmediata de la EPS Caprecom, que se le informe de manera directa para saber la hora y fecha, para ir a la EPS. Que es de los principales violadores de los derechos humanos de las personas.

Cómo es posible que ningún ente de control no le haga seguimiento a una entidad de salud que no les da prioridad a estos pacientes de Alto Costo, los cuales son rechazados por una sociedad, debido al escaso estado de salud en que se encuentra.

También quiero denunciar lo que está pasando con la EPS Emasnar de Cali y Coosalud EPS. Cómo es posible que los Representantes de la Cámara y del Senado del Valle del Cauca no hayan hecho nunca nada por la salud del Valle. Qué tristeza que los pastusos y los de Cartagena sean los que manejen la salud del pueblo vallecaucano.

Y para terminar, quisiera saber qué entidad de control ha hecho seguimiento a lo que sucedió con la EPS Calisalud, con el doctor Jorge Iván Ospina, que fue el principal liquidador de la EPS, con el doctor Alejandro Varela. Hasta el momento se perdieron cien mil millones de pesos, comenzando presuntamente por el doctor Darío Carvajal y la doctora Diana Carvajal. Espero que la justicia llegue con lo que ha sucedido con esta EPS.

Muchísimas gracias. Mi Dios los bendiga.

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

Darle la oportunidad antes del doctor Juan Carlos Giraldo, al estudiante José Oswaldo Coral, de la Universidad del Valle. Ellos tienen una asociación que se denomina Comparte por la Salud.

José Oswaldo Coral, estudiante de la Universidad del Valle:

Reciban todos unos saludos muy fraternales de parte de un estudiante de la Universidad del Valle,

que inicialmente ha organizado desde la Asamblea de Medicina, han decidido llamarse Con Bata por la Salud.

Me presento:

Yo soy Oswaldo Coral, soy un estudiante de básicas de la Universidad del Valle. Literalmente no llevo bata, como tampoco llevan bata ni el Senador, ni el Señor Ministro, ni los Senadores, pero aquí estamos, aquí estamos todos construyendo salud.

Habiendo dado estos saludos, somos estudiantes que para acercarse a este espacio de participación y a los que vendrán, han decidido primero encontrarse ellos mismos. Sus más íntimos y sinceros motivos para opinar. Opinar sobre el Sistema General de Seguridad Social y sus reformas propuestas, pero antes sobre la idea misma de salud y de vida.

Somos estudiantes que quieren opinar sobre la vida, porque como futuros profesionales de la salud, eso es lo que hacemos; buscamos en la evidencia la realidad de los pacientes, de sus procesos fisiológicos, de su morfología y opinamos sobre su vida, sobre intervenciones para aportar en una mejora de su calidad.

Hoy nuestro paciente no es uno, hoy son varias las vidas sobre las que queremos opinar; varias historias, no solamente clínicas, que son las que desfilan sobre esto: el mayor hospital público del suroccidente colombiano, nuestro Hospital Universitario Evaristo García. Aquí somos aproximadamente unas mil voces que también quieren opinar, que han esperado veinte años o incluso más, toda una vida, para manifestarse sobre la idea de salud y de vida.

Así, reconocemos en esta audiencia pública un escenario de voz y que nos hallemos hablando nos llena de mucha alegría, aun sabiendo que faltan algunos tenores en esta sinfonía; falta el tono alegre de los niños, a quienes les debemos una Colombia, un sistema de salud más amigable, de mayores oportunidades. La oportunidad de vida que ofrece la paz, la educación, la vivienda, un trabajo. Todos estos determinantes cuestionables del estado de salud del pueblo.

Hace falta el timbre hermoso de las madres, aunque desde aquí eximiendo una que lo manifestó en el podio. De esa madre campesina y obrera, que hemos visto bailando por igual en las salas de este mismo hospital al familiar herido; la perfecta analogía de quienes somos nosotros: guardianes en un país profundamente herido, con un sistema de atención en salud que enferma a sus habitantes.

Hace falta el grito del desposeído, de la familia que vive en la miseria, del drogadicto, del joven del barrio, del artista, del campesino que vive en las montañas, del minero y del obrero. Todos ellos deben vestirse con bata y hacer de nuestra Colombia un gran Evaristo García, lleno de caras y voces que opinan y que curan.

Somos oportunidad hoy de ser un punto de convergencia para todos ellos. Pero como estudiantes en el marco del movimiento Con Bata por la Salud, estamos convencidos de que debemos generar nuevos espacios, nuevos escenarios de participación; donde planeemos entre todos las reglas del juego de la atención en salud, de acuerdo a las necesidades particulares de nuestro país.

Espacios no para socializar o exponer o justificar unas propuestas encriptadas. Espacios para construir

propuestas con nosotros. Creemos firmemente que debe desaparecer el paradigma de la impotencia de los pueblos, para elaborar sus propias leyes. De que unos pocos elegidos tienen la inmensa misión, la imposible misión, de cobijar desde su oficina las múltiples miradas de Colombia, con su gestión.

Uno tiene que haber hecho algo muy malo en la vida para que lo nombren Ministro de Salud, decía una frase política el Ministro hace unos días. Nosotros creemos firmemente que las energías, que todo el metabolismo de los funcionarios públicos debe estar destinado a liderar mecanismos de construcción conjunta de las propuestas de cambio, de la participación real de la gente y que las ideas salgan de nosotros. Porque de otra forma, ser Senador y ser Ministro, efectivamente será un karma y se avalorará que el cerebro pretendiendo predecir nuestras urgencias, y jamás las sabrá.

Nuestra urgencia es que el Hospital Universitario del Valle permanezca público y permanezca universitario y no justificamos esto en motivaciones egoístas, pues finalmente sin nuestra casa de prácticas, la Universidad del Valle, en ejercicio de los compromisos adquiridos cuando nos matriculamos en ella, supongo que garantizará un lugar o lugares de dotación y por supuesto reforzará notablemente el nivel cualitativo de los estudiantes, de los cerca de quinientos estudiantes, seguramente muchos más, estudiantes univallunos que registran sus prácticas en este templo del conocimiento y seguramente, porque sabemos bien cómo se transforman las prestadoras bajo la lógica del lucro, de la competencia y de la rentabilidad, las instalaciones del Evaristo mejorarán y quedarán irreconocibles; sus pasillos sin camillas, sus paredes y pisos relucientes, sus manijas plateadas en los cuartos de hospitalización, el aire acondicionado en los consultorios, los cuadros de Monet en las salas de espera, los servicios hospitalarios de primerísima calidad.

También quedarán irreconocibles las salas sin procedencias diversas, sin la pluriétnicidad en los pasillos, sin la sonrisa invaluable de ese que aquí, desde estudiantes, docentes, enfermeros, médicos, rehabilitadores, auxiliares, recibí opiniones de vida, opiniones humanas y profesionales, pues como paciente de alto costo fue relegado a la red pública.

Lo declaramos aquí, la idea de lucro, que es el ADN, es el núcleo esta bacteria del sistema, debe acabarse, debe desaparecer. Porque la rentabilidad de nuestro hospital, la rentabilidad social es una idea incomprensible, que incluso contradice la lógica del lucro, redobla por la propuesta de reforma del Gobierno.

Señores y amigos, la participación real en Colombia, la cual creemos firmemente, no se está dando de manera efectiva, pues tememos que nuestras propuestas cuando vayan en franca contravía de sus propuestas quedarán olvidadas, pues debe ser asumida de forma activa por las mismas organizaciones y movimientos sociales. Insistimos mucho en las redes integradas de atención, pero antes que insistamos en las redes integrales de participación. Lo decimos como estudiantes: no más, no más facultades de salud y escuelas incomunicadas. No más ligas de usuarios denunciadas, no más estudiantes de una misma universidad inconexos en sus ideas. Corregimientos y municipios con experiencias sen-

tadas, colombianos y colombianas sin una propuesta unitaria, pero con la pasión compartida. Innegablemente como lo vemos aquí, con esta efervescencia de luchar por un nuevo sistema de salud.

Finalmente, para terminar, debemos decir que estamos ansiosos por conocer cómo va a terminar este episodio de participación de construcción de proyecto. Y que el movimiento Con Bata por la Salud estará llevando por lo pronto una bata a cada vallecaucano, para que construya con nosotros medicina, que es la búsqueda de la salud. Para que se empodere de la búsqueda de las buenas condiciones de salud, haciéndose consciente de que en realidad la salud la hacen los pueblos y se hace por menos calmantes, menos antiinflamatorios y más justicia social. Muchas gracias.

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

A continuación el doctor Juan Carlos Giraldo, de la Asociación de Hospitales y Clínicas.

Doctor Juan Carlos Giraldo, de la Asociación de Hospitales y Clínicas:

Bueno, señoras y señores, muy buenas tardes. Señoras y señores Senadores, señores Viceministros, a todos los colegas del sector salud, muy cordial saludo por parte de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Es un honor para nosotros poder dirigirnos a ustedes en este sagrado recinto de la medicina y la salud colombiana.

El tiempo es breve, mis discursos son largos, pero entonces trataré de llevarlos a una serie de ideas básicas sobre lo que nosotros estamos pensando sobre nuestro proceso.

Lo primero: siempre habrá que repetir, esta reforma es más que justificada, esto no es un capricho que tiene la sociedad colombiana en este momento. Desde hace mucho tiempo venimos nosotros sosteniendo que el sistema de salud colombiano es un sistema fallido, que este sistema llegó a su máximo punto y porque tanto tiene que ser reformado. Entonces las voces que dicen que esto solamente con un ajuste se puede mejorar, perdón, estamos buscando otra serie de intereses. Yo creo que toda la sociedad se ha expresado y hoy ha sido un día evidente en este recinto y se necesita un cambio.

Segundo, creemos que es el momento para hacer esa reforma. Ustedes simplemente tienen que mirar el periódico, prender el televisor y ver un noticiero para que ustedes puedan observar lo que está pasando en todas nuestras salas de urgencias, en todos nuestros hospitales. Aquí lo único que causa sorpresa es que alguien se sorprenda con la profunda crisis a la que ha llegado este sistema.

Lo tercero, creemos que se tiene que hacer un cambio al sistema de salud y el cambio tiene que ser profundo, pero ese cambio profundo tiene que ser sencillo. Sencillo no significa simplista, sencillo tiene que ser mecanismos grandes, mecanismos evidentes, mecanismos que puedan vigilar, controlar y seguir de una manera adecuada por lo evidentes que son.

¿Qué quiero decir con eso? Que estamos en contra de los mecanismos o los cambios que estén llenos de tecnicismos imposibles de seguir y que usted le pierda la trazabilidad y por lo tanto nos suceda lo que tenemos hoy, una cantidad de normas que se

quedan crudas porque tienen que ser reglamentadas y al final no son reglamentadas.

Cuarto, creemos que tienen que hacer un reemplazo inteligente. ¿Eso qué quiere decir? No hay que arreglar lo que no está dañado y no hay que preservar lo que ya no funciona. Esa debería ser la lógica que debe tener este proyecto de ley.

Lo quinto es que debe ser un proyecto impulsado desde arriba y celebramos por eso que el Presidente le haya dado mensaje de urgencia a la estatutaria y que haya presentado simultáneamente la ley ordinaria, pero eso no puede ser solamente un gesto, un símbolo, tiene que ser una compañía y un acompañamiento permanente a este proceso, para que pueda llegar a feliz término.

Y por último, en ese contexto general, esta reforma debe ser sostenida desde abajo, por eso en buena hora con estas audiencias públicas. Porque si este proceso no está acompañado por el conocimiento y la protección de las organizaciones sociales, de las organizaciones del sector salud, de la coalición salud y de los usuarios del sistema, esto no va a tener ninguna legitimidad.

Las observaciones generales que le hacemos al proyecto:

Nosotros creemos que aquí hay una serie de cambios importantes, se cambia el papel de las entidades territoriales, dándoles más protagonismo, especialmente en el asunto de la salud pública. Eso para nosotros es positivo.

Se crea un plan integral donde se dice que se retoma todo lo que no es POS y además que se van a cumplir todas las patologías. Eso por lo menos en el enunciado original es algo que es destacable.

Se crea o se cambia el rol de unas EPS, que ustedes saben, no tengo que hacer más comentarios al respecto de cómo han funcionado. Se cambia ese papel, manteniendo un esquema de administración bajo la figura de Gestores.

Se crea un fondo único que tiene, y eso creo que es valioso rescatarlo en este momento del discurso, un fondo único que lo que busca es qué: rescatar el control y el manejo de los recursos del sistema de salud para el Estado colombiano, cosa que se descentralizó y se perdió en los últimos veinte años.

Hay una serie de observaciones específicas que nosotros tenemos y ya las he presentado en otras audiencias públicas, especialmente en la de la ciudad de Bogotá, de manera mucho más detallada. Pero me detendré en los capítulos, de pronto en una observación grande por cada uno de los capítulos, sobre las cosas que se deberían modificar.

Lo primero: debo reconocer, el Gobierno ha aceptado, el Ministro, a lo largo de estas audiencias, ha ido variando su posición y acertando que hay unas cosas del texto original que deben ser cambiadas. Por ejemplo eso que hacía reñir a la sostenibilidad fiscal con el derecho fundamental a la salud. Lo mismo que el concepto de la inembargabilidad y la parafiscalidad. Esas cosas que el Ministro ha aceptado, que se van a modificar para la segunda versión, esperamos que queden así convertidas en un texto mucho más claro, que incluso desaparezcan del texto.

Nosotros destacamos del primer capítulo que se hable de integralidad. Destacamos, pero como lo he

dicho en otras audiencias públicas, les cambiamos todos, absolutamente todos los principios de esta ley, por el principio *pro homine*. El principio *pro homine* dice que 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. Si eso fuera una realidad, uno no necesita la otra cantidad de principios. Eso sería el talante humanista de este proyecto de ley.

En el segundo capítulo, que es el que habla del Fondo Salud Mía. Nosotros creemos que es positivo el fortalecimiento de red pública a través de unos presupuestos que se mencionan allí, pero creemos que le falta al proyecto cambiar y ampliar el órgano de dirección. Eso no puede quedar en tres cabezas de la Administración nacional y hay que favorecer la presencia de veedurías, de participación social o de inclusive de otros organismos de control, como la Contraloría General de la Nación.

En el capítulo tres, que es el de Mi Plan, el nuevo POS. Nosotros destacamos que se incluye lo No Pos y que se acepta que va a ser para todas las patologías, pero tenemos mucho temor que detrás de una terminología que queden allí, como son las intervenciones suentuarías, cosméticas, con la pertinencia clínica, se pueda prolongar y pasar de este sistema al siguiente, toda esa espiral de negaciones y barreras de acceso que hemos conocido en el actual sistema.

En el capítulo cuarto, que es el de la prestación, ¿qué destacamos? Que la salud pública, queda explícito, que queda en cabeza de las entidades territoriales. Eso es una acertación de uno de los errores profundos que tuvo el actual sistema y es un cambio que vuelve a darle el papel del territorio, todo lo que tiene que ver con epidemiología, con la demografía y con el acceso a los servicios de salud.

Pero en ese mismo capítulo, creemos, en ese mismo capítulo se habla que las redes dependen de los Gestores y ahí es donde empezamos nosotros a diferir profundamente. Nosotros creemos que los Gestores y paso de una vez al capítulo quinto, que es el de esas figuras, que ellos deben simplemente tener la claridad que van a ser unos administradores, no van a ser unos aseguradores, no pueden ser excelentes creando barreras de acceso, no pueden tener unas reservas de unidades de pago por capitación que, entre otras cosas, es un concepto que debería desaparecer. Esas cosas no se deberían hacer y cuando tantos, no deberían hacer excedentes ahorrando en la concesión de salud a la población. Eso es un asunto inaceptable. En ese mismo capítulo de los Gestores y gran punto de inconformidad y muestra, es la persistencia y es más, no solo la persistencia, el empeoramiento de la integración vertical. Nosotros creemos que el país está esperando las evidencias, no al revés, no que nosotros les aportemos a ustedes, señores legisladores, las evidencias de por qué es buena la integración vertical, perdón, por qué es mala la integración vertical, sino que estamos esperando que el Gobierno nos diga por qué en ese texto está la integración vertical. A nosotros que nos demuestren por qué lo mantienen o lo empeoran. Que nos muestren cuáles son los estudios donde la calidad de las entidades integradas verticalmente es mayor, o donde la libertad de elección para esos usuarios es me-

jor en esas entidades, o donde nos demuestren que no hay conflicto de interés, o donde nos demuestren que no ha habido problemas enormes de corrupción, o donde nos digan que hay más competitividad en esa instituciones, o donde nos demuestren que allí no hubo problemas y generación de grandes estímulos para la corrupción dentro del esquema de los recobros, o donde nos demuestren que la integración vertical fue construida en los municipios categoría cinco y seis de este país, y no al frente de las instituciones que ya están. Ese día, yo creo que nosotros tendremos mucha madurez para el discurso sobre la integración vertical. Nosotros creemos que tiene que ser cero integración vertical, que por un lado estén, se prestan los servicios y por el otro lado estén los que hagan administración y por el otro lado estén los vigilantes y controladores, y por el otro los que gobiernan. Cada uno con un papel puro, va a garantizar que va a hacer bien las cosas en el siguiente sistema.

Voy a terminar con lo siguiente. Miren, son muchas cosas las que se quedan en el tintero, pero hay, aparte de las observaciones puntuales en el articulado, hay una serie de faltantes enormes, que creemos que ustedes pueden; o traer de otras leyes que han sido bien escritas y que no se han aplicado, o que las deben producir de nuevo en este articulado. El primer tema, la Atención Primaria en Salud, todos han coincidido acá, todos hemos coincidido. Atención primaria en salud está bien escrita en la 1122 que en la 1438, tráiganla acá. Hemos insistido, la atención primaria en salud debería ser la verdadera locomotora de este país, porque ahí se confluyen tres sistemas: el empleo, la educación y la salud. Ese debería ser el gran motor del sistema de salud y del desarrollo humano de este país, derivado de esta ley. Eso nos está faltando. Lo mismo que el tema de las redes integradas de servicios de salud; no puede ser que sea (frase ininteligible) 1438 y aquí se desconocen y se borran de un plumazo las derogatorias. Hay que traerlo, pero con carácter de autodeterminación de la red, porque es que las redes no se construyen por obligación, la red es una suma de voluntades de una serie de instituciones públicas, tanto públicas como privadas.

Y un punto final que falta en el articulado: la gobernanza. El Gobierno hace un gran ejercicio por asumir para sí muchas de las competencias. Nosotros creemos que debe haber pesos, contrapesos, por eso decimos que debería crearse un nuevo consejo nacional de seguridad social donde haya participación de todas las fuerzas unidas del sector y que sea la junta directiva del sistema de salud, inclusive por encima del fondo Salud Mía.

Les decía jocosamente que en el lenguaje de ustedes en el proyecto, donde hablan de Salud Mía, de Mi Plan, pues invéntese Mi Junta o Mi Consejo, o Mi Junta Directiva. Pienso y está haciendo falta a este sistema.

Una exhortación final, más que hablar de mensaje de urgencia, señoras y señores Parlamentarios, hay que hablar de sentido de urgencia. Vayan, miren nuestras salas de hospitalización, miren nuestros servicios de urgencias. Yo no sé cómo alguien se puede atrever a decir que esto no es necesario. Yo creo que a esas personas que dicen que no es necesario hacer un cambio profundo del sistema de salud, ustedes

deberían convocar la próxima audiencia pública en la mitad de uno de nuestros servicios de urgencias a ver si son capaces de aguantarse todo el tiempo; yo no me aguanto.

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

Son bien acogidas en el seno de la Comisión. Le damos el uso de la palabra al señor Viceministro de Salud, al doctor Fernando Ruiz Gómez.

Viceministro de Salud, doctor Fernando Ruiz Gómez:

Bueno, ya a estas alturas del partido, el almuerzo es un tema demasiado importante, así que trataré de ser lo más completo y corto posible.

La reacción a las conclusiones de la tarde de hoy las vamos a hacer en conjunto con el Viceministro Norman Julio y yo quisiera empezar por agradecer a la Comisión Séptima del Senado el tiempo y la dedicación para este proceso. Cuando uno está en cada ciudad, nosotros estamos presentes, no tenemos la oportunidad muchas veces de ver lo que está pasando dentro de este proceso de consulta. Esta es la décima audiencia, en la cual hemos discutido, hecho audiencias con diferentes actores en la ciudad de Bogotá y hemos hecho audiencias en diferentes ciudades del país, nos quedan algunas audiencias aún para terminar. Es un esfuerzo en conjunto y muy, para los lineamientos de la Comisión Séptima y el Ministerio de Salud, se planteó que el ejercicio de revisión de la ley ordinaria iba a ser un ejercicio discutido y debatido en foros académicos y en audiencias públicas.

Además de estas audiencias ha habido por lo menos en universidades, en centros académicos, por lo menos otros diez foros, probablemente más de diez foros, en los cuales hemos asistido y se han hecho otra cantidad de aportes, tan importantes como los que hemos visto en el día de hoy.

El sentido de esto es lograr recoger de todos los aportes que se han hecho y tratar de construir y modular el proyecto que presentó el Gobierno, los proyectos que están en discusión en la Comisión, de acuerdo con los planteamientos que ustedes hagan acá.

Como es claro y como se debe entender, aquí hay aportes de todos los sentidos; de aportes en los que se plantean posiciones a favor o posiciones en contra y por lo tanto, lo que al final se trata de condensar es cuál es el sentir, ese sentir que hay en las diferentes personas e instituciones frente a lo que está planteado y a un tema en particular.

Yo quisiera empezar por disculpar al Ministro de Salud también. El Ministro no pudo venir, hasta última hora el día de ayer estuvo pendiente de asistir, desafortunadamente tenía la reunión de Gobernadores y Alcaldes, también estaba un tema con los ponentes de Cámara de la Ley Estatutaria y estamos en este doble esfuerzo de trabajar con dos leyes, prácticamente al tiempo, una reforma ordinaria y una reforma estatutaria, lo cual nos lleva a un consumo del tiempo bastante grande, además de las labores que tenemos día a día en el Ministerio de Salud.

Primer tema que quisiera plantear es y se ha hecho aquí, quisiera reaccionar frente a las diferentes posiciones que ha habido acá, es que frente a si esto es o no es una reforma estructural. Y lo quiero dejar

sin dudas, ¿qué debería ser una reforma estructural? Una reforma lo más estructural puede ser más que lo que estamos planteando en este momento, una ley estatutaria en la que se plantea y se reafirma el derecho a la salud, se delimita y se lleva a su contenido estatutario y una reforma ordinaria, en la que se transforma radicalmente, yo diría, la estructura del sistema de salud. Si eso no es estructural, ¿qué es estructural?

Qué es estructural cuando se hay dos proyectos de ley que están planteados frente a esto. Yo creo que la reforma que nosotros planteamos, el Gobierno ha planteado, la reforma que está estudiando la Comisión Séptima y la Comisión Primera, son reformas que cambian de una manera radical la estructura del sistema. Hay muchos agentes, muchas personas que pensarían, desde un centro probablemente muy ideológico, no, es que hay que cerrar esto y hacer tabla rasa e irnos a otro tipo de sistema. Esa es una opción, pero esa opción tenemos que entender que somos muy claros en el Ministerio de Salud, implicaría unos efectos en el bienestar de la población colombiana supremamente grandes que no estamos dispuestos a aceptar. No estamos dispuestos a entrar a un modelo radicalmente diferente. A pesar de todos los planteamientos que hay en la Ley 100, hay avances y hay avances que es necesario tener en cuenta si uno es un gobernante responsable. Hay avances como el hecho de que, para poner un ejemplo muy simple y sencillo, Colombia va a tener la capacidad en los próximos años de cumplir las Metas del Milenio en mortalidad infantil, en mortalidad materna, el acceso al tratamiento de VIH-sida, en disminución de la desnutrición global y probablemente otras metas del Milenio, para poner ejemplos muy relevantes y probablemente estamos entre los diez países del continente que van a poder cumplir esas Metas del Milenio. Eso es supremamente importante y eso tenemos que respetarlo, porque nuestro planteamiento como gobernantes es que tenemos que proteger las ganancias que a partir de la Ley 100 o del desarrollo de otras leyes, o del desarrollo propio económico de la sociedad, se han venido obteniendo.

¿Entonces el punto es dónde situar la ley? La primera premisa, el derecho a la salud. El derecho a la salud es una ganancia de la población colombiana, es un beneficio, un hecho que se logró en la transformación de un sistema donde el 64% de la población colombiana en 1989 según el estudio sectorial de salud, no tenía derecho, no tenía acceso a los servicios médicos, a un modelo donde hoy en día tenemos un acceso y una cobertura universal de aseguramiento. Que hay dificultades tremendas en la posibilidad de acceder, en el flujo de los servicios, que tenemos problemas de calidad supremamente importantes; ese un reconocimiento piramidal que hace la reforma, el planteamiento de reforma a la salud. Por eso la reforma se plantea como una propuesta, una apuesta para garantizar la oportunidad y el acceso a los servicios con calidad y esa es la base fundamental sobre la cual se mueve el proyecto de ley ordinaria.

Eso no significa de ninguna manera que se esté debilitando y delimitando el derecho a la tutela. El derecho a la tutela es un derecho constitucional, generado en la Constitución de 1991, ganado por la población colombiana. Pero lo que sí no se puede dejar de pensar

es que el derecho, es que un sistema eficiente, eficaz y que le responda a la población debe tender a reducir las tutelas, porque no es posible ni es aceptable que se opte al acceso a los servicios de salud a punta de tutelas y eso es un planteamiento central de la discusión que se ha hecho sobre la reforma a la salud. De manera que no hay de ninguna manera en los planteamientos ninguna delimitación de la tutela.

En el proyecto de ley estatutaria se reafirma el derecho a la salud, se reafirma y se desarrolla la ley estatutaria a partir del derecho a la salud de la población colombiana. En la ley ordinaria probablemente hubo una omisión, esa omisión se ha reconocido y probablemente se incluya nuevamente para ir a la combinación de las dos leyes.

Cultura de la salud. Yo creo que el tema cultural que planteó aquí el profesor Cruz es supremamente importante, creo que es algo que de alguna manera no se hizo. Yo probablemente a profundidad, en los momentos en que se hizo la discusión sobre la reforma, es un tema que debemos analizar profundamente con la Comisión Séptima y probablemente tengamos que, haremos algún desarrollo sobre este tema.

Otro faltante que ha sido reiterativo a lo largo de las diferentes audiencias en que hemos estado, los voy a enumerar: primero, salud pública y atención primaria en salud. Cuando discutimos el tema de la reforma en salud, cuando estábamos en la discusión, el planteamiento que se hizo, que hicimos desde su desarrollo, era que muchos desarrollos de la salud públicas y atención primaria en salud se encontraba en la Ley 1438, que ese desarrollo que se encontraba allí era suficiente ya. El desarrollo de lo público tiene dificultades logísticas, territoriales inmensas y eso lo consideramos en su momento que estaba planteado perfectamente en la Ley 1438 y que no había necesidad de rehacer o de volver a traer ese desarrollo, digamos, de ley. Y que el instrumento fundamental sobre el cual se iba a desarrollar la salud pública en Colombia partía del Plan Decenal de Salud Pública, que ha sido un gran trabajo consolidado que llevamos un año, más de un año en construcción, año y medio en construcción y que estaremos lanzando el 30 de mayo de este año en Bogotá y en el cual se consolidan todos los aportes de más de ciento cincuenta mil colombianos en la consolidación del Plan Decenal de Salud Pública. Ese planteamiento y esa visión nos llevó a que no estuviera incluido un articulado estructurado de Salud Pública en el Proyecto de Ley.

Sin embargo, entendemos que ha sido profundamente reiterativo el hecho y lo entendemos en las discusiones que hemos tenido en el Ministerio, como el planteamiento de que, hombre, esa es la ley que de alguna forma va a reemplazar la Ley 100, es necesario que todos los colombianos visualicemos una unidad de ley donde cada ciudadano colombiano no tenga que irse a buscar el articulado que se encuentra en leyes diferentes, sino interprete todo lo que tiene que ver o la mayor parte del cuerpo de desarrollo del sistema de salud en una sola ley. Y por esa razón en discusiones con la Comisión Séptima, hemos planteado y creo que mañana, señor Presidente, estaremos empezando a trabajar en la Comisión, para introducir un articulado específico en temas de salud pública y atención primaria, dentro del articulado de esta ley.

Igual sucede con el tema de recursos humanos. El tema de recursos humanos, hubo una ley, un desarrollo de la Ley 1164, ese desarrollo se logró reglamentar en una parte muy importante, algunas partes fueron declaradas inexequibles por la Corte Constitucional, pero digamos que en este proceso de desarrollo hemos venido trabajando. Sin embargo, también ha surgido de manera reiterada en este planteamiento.

Este al contrario el tema de atención, de salud pública y atención primaria en salud, pensamos que es un desarrollo que probablemente sí requiere un avance importante, que de alguna manera se dio también en la Ley 1438 en el tema de recurso humano, pero entendemos que no tuvo un desarrollo final, de cierre, que permitiera visualizar el tema de recursos humanos.

Entonces estamos trabajando también el tema de recursos humanos, tenemos rezagos muy importantes que quisiera traer a mencionar en este escenario tan importante, por ejemplo el desarrollo de hospital universitario que quedó en la 1164, dejó unas prescripciones que probablemente no tienen lugar, que para ser considerado como hospital universitario debe ser primariamente habilitado, acreditado como entidad de servicios. Eso nos ha llevado a que prácticamente en el país no se puedan hacer hospitales universitarios y entendiendo que el hospital universitario de todas maneras responde a una lógica primaria de los entes de servicios, que no necesariamente tienen que consolidarse como un prerrequisito en tema de servicios. Pero eso es para poner un ejemplo. Entonces estamos consolidando este papel.

Tema muy importante: el papel de los Gestores. Como planteaba aquí el doctor Giraldo y en muchas discusiones que ha habido, este tema ha venido discutiéndose en el país durante varios años, cuál debe ser el modelo de intermedario o de articulador del sistema. Primera pregunta: ¿debe haber un articulador o no debe haber un articulador? No haber un articulador significaría que Salud Mía se dedicara a comprar servicios a lo largo del país. Ese es un modelo que nosotros pensamos francamente que el país no se encuentra preparado para asumir ese reto de una manera simplificada. De por sí, va a ser un reto supremamente grande, repito, supremamente grande, tener un fondo único con capacidad de vincular, recaudar recursos, concentrar esos recursos, distribuir los recursos y fuera de eso tener capacidad probablemente de auditoría y una capacidad muy grande que no se ha construido en 20 años, que no hemos sido capaces de construirla en 20 años de manejo de la información. Tenemos un sistema que tiene limitaciones de información supremamente grandes, es mucho porque esa información no ha venido ligada a los temas de pago y entonces la información se resuelve en disquete, en cajas, en aplicativos, en cosas que no se integran finalmente al sistema.

El reto de construir Salud Mía, de manejarlo y de ofrecerlo al país va a ser un reto supremamente grande. Si ponemos a Salud Mía como contratante y comprador de servicios de salud a nivel del territorio nacional, comprándole a diez mil o más IPS a nivel nacional y negociando con ellos en tema de centros

de escenarios, absolutamente imposible. Creo que estoy caricaturizando el tema, pero quiero que nos llevemos la totalidad de la extensión de lo que ello significa.

Segundo tema, que viene después de este: ¿Salud Mía debe ser un administrador o debe ser un asegurador? Y ahí tenemos una historia negra en Colombia, de la historia de los recobros desde el año 2001. El sistema colombiano se estructuró de una manera en que los incentivos se alinearan y tenemos que decirlo con claridad y con franqueza, porque si no decimos las verdades, después somos esclavos eternamente de nuestras mentiras, o de lo que omitimos, mejor dicho. El sistema colombiano desde el punto de vista de los incentivos estructuró de una manera en la cual el incentivo del proveedor, del fabricante de medicamentos se alineó con el incentivo de comercializador de medicamentos, con el incentivo de la IPS, con el incentivo probablemente del médico y todos golpeando a generar un sistema de recobros, perdón, y con el incentivo también mediático y perverso de la EPS, que se hizo de lado, fracturó el plan de beneficios y dijo: yo me hago al lado y que todo el mundo le recobre al sistema.

A mí me angustia y nos angustia terriblemente un sistema donde haya un administrador, que en lugar de obrar en el sentido contrario y ser un comprador que con su riesgo compre, volvamos un administrador que simplemente se vuelva un incentivo más y terminemos en un sistema único nacional de recobros. Ese es el escenario que plantearía un modelo donde los incentivos, no haya un comprador que vaya con un incentivo contrario al que tienen en el sistema. Un sistema único nacional de recobros, en el que a lo largo de tres años, seguramente pasaríamos tres años de una gran felicidad de todos los actores, probablemente nos ponga medallitas el Ministerio de Salud, pero tres años en un sentido de irresponsabilidad con la que no podríamos vivir, tendríamos un sistema quebrado en el cual no existiera plata suficiente para pagar lo que los colombianos necesitan y merecen atención en salud. Este es un tema de responsabilidad, en un diseño particular que es al final una selección y la selección más razonable desde el punto de vista de largas discusiones que tuvimos al interior del Ministerio y lo escuchamos a todos los actores, y recogimos evidencia de muchos años, incluso de muchos países donde hay modelos que han tenido diferentes desarrollos y donde efectivamente los modelos centralizados de compra, probablemente funcionen en países muy pequeños, pero en países tan grandes y tan diversos como Colombia, también hay que decirlo, con niveles tan elevados de corrupción, es supremamente difícil implantar un modelo de esta naturaleza.

El tema de la integración vertical. Yo creo que es un tema muy sensible y lo repito lo que ha dicho el Ministro en algunos foros: estamos en la capacidad de discutir el tema, de si es necesario llegar a reevaluarlo. ¿Por qué se planteó integración vertical en los Gestores en el nivel básico, en el nivel primario? Para darle al Gestor la capacidad de manejar el riesgo integralmente y de tener la capacidad de contener el gasto al llegar al tercer nivel. ¿Por qué razón? En mucho por la razón que planeta el doctor Giraldo, si uno va a urgencias de cualquier institución hospitalaria de alta complejidad, en Colombia qué es lo que

se encuentra: una cantidad de personas desesperadas esperando servicios de salud que no reciben y que duran días completos sin recibir. Si va a un hospital de primer nivel de atención, a unas urgencias de primer nivel de atención, ¿qué se encuentra? La soledad, ahí no hay nada que le responda, ahí no hay los recursos, no hay el modelo de atención que permita que se resuelvan los primeros y segundos niveles de complejidad y todo termina siendo remitido a la complejidad, donde los servicios son necesariamente más costosos, porque hay agregados tecnológicos.

Podemos pensar en eliminar una integración vertical, es un tema supremamente álgido. Doctor Giraldo, le reconozco que aquí no hay suficiente evidencia, que tenemos que construirla probablemente de manera cualitativa, pero también si pensamos en la integración vertical, hay que pensar en la integración vertical no solamente entre EPS e IPS, sino tenemos que pensar también en cuáles son los efectos que está teniendo la integración vertical a nivel de proveedores de servicios con otros agentes del sistema. Yo creo que eso es un tema que hay que debatir, hay que discutir, sin, eliminando posiciones gremiales, eliminando nuestros propios intereses con toda claridad y definir frente al país si no vamos a tener integración vertical, deberíamos pensar en dónde hay que eliminarla y si hay que eliminarla completamente de todos los niveles. Eso tiene retos muy importantes. Tiene retos muy importantes que es necesario visualizar y lo digo de manera para poner simples ejemplos: la integración vertical se está dando hoy en día entre profesionales de ciertas especialidades e industrias de medicamentos, o fabricantes de medicamentos específicos para estas especialidades. ¿Eso debe persistir o no debe persistir? Que son preguntas que yo creo que el país se debe hacer, que el sistema se debe hacer, frente al subdesarrollo futuro; o la integración vertical que se pueda dar incluso entre ciertos tipos de proveedores de servicios, descremando los mercados, o sea tomándose la carne y dejando el hueso en hospitales que han terminado siendo descompensados por mecanismos integratorios. En Colombia tenemos excelentes servicios, rentabilísimos, de neonatología, que generan muchísimo dinero y servicios de Pediatría completamente cerrados. Eso pasa, hospitales con una profunda descompensación y un modelo hospitalario que del sistema de habilitación pensamos abordar de una manera importante.

El tema de centralización y de descentralización, elección de mecanismos para elegir los directivos de las ESE y las entidades públicas. Ese es un tema donde pensamos que no hay una solución perfecta. Durante muchos años hemos venido escuchando quejas de gobernadores, de diferentes alcaldes, en el sentido que los concursos que se efectúan para elegir los directivos muchas veces no tienen la suficiente capacidad, donde hay mecanismos anómalos; que no hay respuesta de los directores frente a las prioridades de salud pública, que hay desconexión de salud entre los desarrollos y los planes de salud pública, territoriales, municipales y la respuesta que dan las entidades prestadoras de servicios de salud.

La opción que tomamos es una opción desde la política pública, un poco más de contenido filosófico. Si el alcalde tiene en su periodo un plan de desarrollo y unas prioridades, tiene que responder

una comunidad, él debe tener la capacidad de poder elegir a sus directivos de la institución prestadora, y debe responderle a esa misma comunidad por los servicios. Y esa es la lógica que tomamos.

Y por último, para darle la palabra al doctor Norman, la diferenciación entre subsidiado y contributivo, que creemos que en la parte financiera hay unas limitaciones, pero que no es muy relevante en la medida que ya los planes de beneficios se encuentran muy integrados.

Persiste un último planteamiento frente al papel del Ministerio que yo creo que sale reiteradamente de alguna manera. ¿Cuál es el papel del Ministerio?, ¿un papel de rectoría o un papel de delegación? Creo que ahí tenemos que construir una decisión también muy importante a nivel del sistema. La experiencia de delegación de las funciones del Ministerio a consejos, incentivar el planteamiento que muchos, algunos estudios técnicos han hecho; el desarrollo de competencias correctas, de alguna manera de prevenir algunos agentes. ¿Cómo modular eso? A partir de ese momento esa ley debe exigir al Ministerio el desarrollo de una rectoría. ¿Esa rectoría la debe el Ministerio asumir o no la debe asumir? Si el Ministerio debe asumir, como ha asumido durante estos veinte años, las responsabilidades del desarrollo del sistema, probablemente debe tener una rectoría suficiente que le permita tomar decisiones y cuando hablo del Ministerio, hablo del Ministerio de Salud y sus entidades descentralizadas.

Yo creo que esa es una duda que tenemos que plantear, que habremos de discutir en el ámbito de la reforma. Doctor Norman.

Doctor Norman Julio Muñoz, Viceministro Técnico:

Gracias. Simplemente para precisar algunos puntos. Lo primero, la creación de Salud Mía y aquí quiero señalar que la creación de Salud Mía no es otra cosa que lo que el Ministro ha manifestado en sus intervenciones. Que el Estado recobre el control de los recursos y de la orientación del sistema. No hay que olvidar que cerca de ocho billones de pesos son los que esta entidad va a recaudar directamente de las cotizaciones en el régimen contributivo. Hoy, ese recaudo, para que no lo olvidemos, se encuentra en manos de las EPS.

Entonces creo que ese es un primer paso importante y creo que ese es un cambio estructural en el proyecto de ley.

Alguien preguntaba acá cómo iba a responder este cambio al problema que señalaban en Palmira, señalaban en los diferentes municipios sobre el flujo de recursos. Quiero mencionarles solamente una cosa, en el régimen subsidiado, hasta hace un año, los recursos se demoraban desde que se giraban de la nación hasta que llegaban al hospital, en un promedio de ciento veinte, ciento cincuenta días. En el régimen subsidiado hoy, los recursos se giran cinco días de manera anticipada y llegan a un sinnúmero de hospitales públicos y privados. Eso que se hace en el régimen subsidiado es lo que queremos hacer también en el régimen contributivo. Y ese es otro cambio estructural que genera Salud Mía y es una segunda respuesta.

Hay observaciones frente al órgano de dirección. Ahí estamos revisando y replantando qué otra alternativa podríamos incluir aquí, nuevos actores, porque lo que nos interesa es que esta entidad esté blindada de cualquier captura, de cualquier orden, para que cumpla su fin.

Estos escenarios sirven para reiterar temas: los recursos son públicos, de eso no hay discusión; ninguno de los funcionarios del Ministerio, empezando por el Ministro, pone en duda ese tema. Son públicos, pero hay que establecer unos criterios que hoy y era un poco el sentido o es el sentido de este principio nos puede afectar. ¿Qué pasa si el día de mañana un juez de la República decide embargar a Salud Mía? Y este principio no está en la ley. Prácticamente se colapsa todo el sistema.

Entonces lo que les quiero decir es: buscamos preservar y garantizar que esos recursos tengan ese carácter de inembargabilidad, pero vamos a hacer ahí un ajuste para darles tranquilidad a todos los actores que han contestado inquietudes sobre el alcance de los recursos.

El manejo del régimen subsidiado en las entidades territoriales, que lo manifestaba el Secretario de Salud del Valle, esta mañana. Nosotros estamos convencidos y de suerte que creemos en el tema de la descentralización y ustedes han visto cómo le estamos apostando a una serie, con una serie de medidas a profundizar nada más. Pero lo que no creemos es que el régimen subsidiado simplemente se convierta en una transferencia de recursos de manera directa a las secretarías de Salud, sin ningún tipo de organización corporativa, que garantice la atención de los servicios. A esa, a esa propuesta no le jugamos, porque los que estamos poniendo en riesgo son los veintidós millones de afiliados al régimen subsidiado que hoy tenemos.

Entonces las entidades territoriales podrán, bajo la figura de carácter público o mixto, asumir la responsabilidad. Además, no podemos cerrar opciones como la que ya vimos en el caso de Antioquia. Antioquia acaba de conformar una EPS de carácter mixto donde participan el departamento, el municipio de Medellín y las cajas de compensación. Todas esas figuras deben ser posibles en este nuevo sistema.

Apareció en una de las intervenciones el tema sobre la formalización de los trabajadores de los hospitales públicos. Una de las crisis complejas que se puede venir es no darle solución a la formalización de los funcionarios o de los trabajadores de la salud en los hospitales. Ayer precisamente estábamos discutiendo con el Ministro de Hacienda los efectos que esto podría tener en no tomarse una medida. Pues bien, en el proyecto de ley y ese será un debate que habrá que dar en la Comisión Séptima, estamos pidiendo unas facultades para proceder a determinar ese régimen especial para los trabajadores de la salud y para garantizar su incorporación y su formalización. Algunos dicen: probablemente sea mejor llevarlo con un proyecto de ley nuevo, probablemente sea mejor incluir parte de los artículos allí. Estamos abiertos a cualquiera de las tres opciones, pero lo que sí es claro en el sentido de urgencia de este tema es que hay que darle una solución inmediata, porque de lo contrario vamos a tener hospitales en serias dificultades financieras, porque esto puede tener,

puede llegar a validar cerca de dos, dos punto cinco billones de pesos y hay que decirlo también con toda la certeza, esa plata no está.

Dos temas finales: uno, y lo vi ahorita en el comunicado que nos dejó Anthoc, que es un poco contradictorio. El balance empieza con una presentación de una deuda inmensa, incluso ahí presentó la deuda inmensa de cuatrocientos mil millones a la red del Valle. Obviamente, pone en problemas a cualquier institución prestadora de servicios. Pero a renglón seguido dice: se está creando en la ley un fondo para favorecer a las EPS. Somos tan conscientes del problema de la cartera como aquí quedo explícito en los diferentes datos y en las diferentes, y se replican en diferentes departamentos, que ese mecanismo está pensado precisamente para que esos recursos sirvan para que los hospitales no vayan a verse afectados en su viabilidad financiera por la carga de esa deuda. Porque de lo contrario sería ponerlos en, básicamente todos quedarían en riesgo alto y ahí llegaríamos a una situación muy compleja. Ese es el sentido de ese instrumento, no es otro. Sabemos que aquí y es un punto importante, hay que resolver los temas del pasado para poder generar estas soluciones a futuro.

Entonces entendámoslo de esta manera, en este caso, de ninguna manera estamos buscando aquí generar ningún mecanismo de salvamento. Ahora, a futuro el sector sí va a necesitar contar con este tipo de instrumentos, porque cuando se enfrentan crisis importantes y hay crisis financieras en el sector de salud, en varios países del mundo, el Gobierno en este caso tiene que tener instrumentos para afrontarlos y evitar que esta crisis se traslade a afectar la prestación de los servicios.

Y por último, frente al tema de los seguros privados. Que lo mencionaban como la privatización o la segregación entre personas con capacidad de pago y personas sin capacidad de pago. Entonces básicamente es bueno entender una cosa y lo mencionaba la señora de los pensionados en su intervención. Decía que la señora tenía que aportar el 12% como pensionada y que además de ello tenía que pagar su medicina prepagada y en el fondo yo le encontré la razón, es inequitativo de alguna forma. ¿Aquí qué le estamos proponiendo a esa señora? Estamos proponiendo que coja su 12%, el 12% que hoy está cotizando, lo siga cotizando, pero que una parte de lo que se le va a reconocer *per capita*, ella se lo pueda llevar para ir a un seguro privado. Esa es una libre elección que no le podemos negar a la población que así lo quiera hacer.

Pero va a ser una decisión libre. El sistema deberá asegurar a todos los colombianos la prestación de los servicios que están establecidos en Mi Plan, pero quien lo quiera hacer debería tener esa posibilidad. Digamos ese es el sentido, probablemente habrá que hacer mayores aclaraciones en el texto, pero era un poco devolver el sentido de equidad a esa señora pensionada y que ponían en el ejemplo esta mañana.

Finalmente, Senador Delgado, agradecer en nombre del Magisterio este espacio, primero para escuchar lo que la gente siente sobre el tema, segundo para permitirnos a nosotros contarles a ustedes a veces de una manera breve, pero con el detalle que trazamos los objetivos de este proyecto de reforma, que como el Ministro lo ha dicho en sus diferentes intervenciones, está abierto al debate y al mejoramiento. Muchas gracias.

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

Muchas gracias a usted, señor Viceministro. De verdad que esta Comisión quiere agradecerles a todos los asistentes, participantes, que de una manera muy inteligente pudieron presentar sus apreciaciones. Agradeciendo a ustedes, señores Viceministros, su presencia. En nombre de la Comisión, de verdad que nos sentimos halagados. Como ustedes pueden observar, esta es una discusión abierta muy sana, de cara al país y precisamente permite tener unos espacios de debates, de eso se trata, poder construir esta ley desde el colectivo, esa debe ser la esencia, es el talante del Congreso de la República. Sé que hemos recibido unos elementos muy importantes, sustanciales, que se van a tener en cuenta en la construcción grande, el proyecto de ley final. Muchas gracias y los invitamos a seguir construyendo país. Esta audiencia pública finalizó siendo las dos y cuarenta y cinco de la tarde (02:45 p. m.), aproximadamente.

Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República. Bogotá D. C., nueve (09) de septiembre del año dos mil trece (2013). Conforme a lo dispuesto en el inciso quinto del artículo segundo de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la **Gaceta del Congreso** de la República, de la **Audiencia Pública número 10**, sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Cali, el día **martes siete (7) de mayo de dos mil trece (2013)**, dentro de la legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.