REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXII - Nº 735 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

(mayo 10)

"PROYECTOS DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD"

Bogotá, D. C., viernes diez (10) de mayo de 2013

Siendo las nueve y cincuenta y un minutos de la mañana (9:51 a. m.), del día viernes diez (10) de mayo de dos mil trece (2013), en la ciudad de Barranquilla, 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 "Auditorio de la Fundación "Universidad del Norte" – Barranquilla, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA

PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA DEL DÍA VIERNES 10 DE MAYO DE 2013

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

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 2012**

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

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

Número de artículos: Sesenta y siete (67).

Radicado en Senado: 19 de marzo de 2013 – Radicado en Comisión: 21 de marzo de 2013.

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

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

Iniciativa: honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, 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 y Hugo Velásquez.*

Radicado En Senado: 10 de abril de 2013.

Radicado en Comisión: 12 de abril de 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 en la Costa Atlántica.

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

Lugar: "Auditorio de la Fundación "Universidad del Norte" - Barranquilla.

ORDEN DEL DÍA

I

Apertura de la Audiencia (señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado): Honorable Senador doctor *Jorge Ballesteros.*

II

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.**

III

Invitados

3.1. Actores Regionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Costa Atlántica.

3. 2. Señor Ministro de Salud (doctor Alejandro Gaviria).

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

3.4. Autoridades Civiles, Administrativas y Académicas de la Costa Atlántica.

IV

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).**

V

Cierre del evento

A esta Audiencia Pública fueron invitados, además:

No.	Nombres	Entidad
1	Luis Fernando Peña Sánchez	Gerente Ese Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial del Cesar "Idreec"Intervención
2	Doris Quintero Tarazona	Dinámica IPS.
3	Amelia Lamadrid Florián	Dinámica IPS.
4	Carlos Mario Restrepo G.	Químico Farmacéutico líder servicio farmacéutico "IPS Universitaria" Sede Barranquilla.
5	Augusto Jesús Casalins Parejo	Presidente de la Organización Colombiana de Pensionados Seccional Barranquilla
6	Norman Alarcón Rodas	Secretario General del Polo Democrático Alternativo en el Atlántico.
7	Israel Ortigoza	Presidente - Veeduría Ciudadana de Adultos Mayores de Barranquilla "Vacamb" Intervención
8	Gustavo Adolfo López Reslen	Asociación de Jubilados de la Universidad del Atlántico. (Asojua).
9	Orlando Manuel Ruiz Pérez	Gerente ESE Hospital San José de Maicao
10	Luis Alfredo Gómez Gómez	Secretario General de la Organización Colombiana de Pensionados OCP Seccional Barranquilla.
11	Noris Esther Suárez Navas	
12	Gerardo García Hernández	
13	Magdalena Gutiérrez Vela	
14	Irene Betty Arzuza Vergara	
15	Héctor Enrique Padilla Pineda	
16	Luis Arnulfo Cruz Orozco	Organización Colombiana de Pensionados "OCP" - Subdirectiva de Barranquilla
17	Ricardo Segovia Brid.	Director Comfenalco Cartagena
18	Iván Antonio Estrada Hernández	ESE Hospital Local de Malambo
19	Ómar Robles Caviedes	ESE Hospital Local de Malambo
20	Adriana Gicella Garrido Palacio	ESE Hospital Local de Malambo
21	Ligia Amparo Torres Acevedo	Directora Sede Barranquilla IPS Universitaria
22	Rosa Beatriz Daza Vergara, Cel. 300 201 9593	Funcionaria de Comfaguajira
23	Evelin María Páez Cañas	Secretaria de Salud de Campo de La Cruz
24	José Víctor Chahin Manotas	Gerente de Cuenta de la Vicepresidencia Banca Empresas y Gobierno Región Caribe de Bancolombia S. A.,
25	Edward Valera	Conexia S.A.S.
26	Karina Blanco O.	Líder de Calidad y Auditoría IPS Universitaria - Sede Barranquilla
27	Elmir Jiménez Salazar	Coordinador Asistencial y Hospitalario IPS Universitaria
28	Farid Alonso Vieira González	ESE Hospital Juan de Acosta
29	Gina Sicilia Ochoa Galeano	Representante legal Fundación Licar Fundación Liga del Caribe Contra la Artritis y el reumatismo(Fundare Barranquilla)
30	Olga Lucía Zuluaga	Directora Ejecutiva de ACESI
31	Carlos Manuel Acosta Medina	Asociación Eses Hospitales de La Guajira
32	Belquis Denides Oliveros Reyes	
33	Oscarmín Muñoz Jiménez	
34	Jorge Jiménez Mesino	Representante Legal de la ESE Hospital de Repelón
35	Arístides Sourdis Movilla	
36	Liliana Llinas Álvarez	Hospital Universidad del Norte
37	Gisella Giovanetti Losada	Hospital Universidad del Norte
38	Olga Lucía Méndez Tovar	Hospital Universidad del Norte
39	Luis Felipe Campo Vidal	Agente Liquidador
41	Mayra Martínez de La Cruz	Gerente Regional Costa Norte
42	Rene Rueda Ribon	Director Médico Regional
43	Carlomario Tatis	Coordinador Médico Regional Costa Norte
44	Alfonso López	Presidente Liga de Usuarios Selvasalud EPS-S
45	Zenen Rafael Santiago Patiño	Puerto Colombia Gerente ESE Galapa
46	Mario Alberto Beleño Saavedra	
47	Nestar Franco de Ferrer	Sociedad de Jubilados del departamento del Atlántico
48	José Wady Cure	ESE Barrios Unidos de Quibdó
49	Carmen Laborde	ESE Barrios Unidos de Quibdó
50	Luis Carlos Abisambra	ESE Barrios Unidos de Quibdó
51	Elisa Monsalve	ESE Barrios Unidos de Quibdó
52	Clara Inés Sierra	ESE Barrios Unidos de Quibdó
53	Carlos Barcenas	ESE Barrios Unidos de Quibdó
54	Astrid Anaya	ESE Barrios Unidos de Quibdó
55	Mayer Arango	ESE Barrios Unidos de Quibdó
56	David Palacios Bonilla	ESE Barrios Unidos de Quibdó
57	Francisco Hernán Moreno	ESE Barrios Unidos de Quibdó
58	Corpolino Vivero Flórez	ESE Barrios Unidos de Quibdó

No.	Nombres	Entidad
59	Aylines Cossio Bejarano	ESE Barrios Unidos de Quibdó
60	Amanda Yaneth Murillo	ESE Barrios Unidos de Quibdó
61	María Liris Aguas Limpia	ESE Barrios Unidos de Quibdó
62	Ayda Mirian Domínguez	ESE Barrios Unidos de Quibdó
63	Juan Isidro Arboleda	ESE Barrios Unidos de Quibdó
64	Mosquera Francisco José	ESE Barrios Unidos de Quibdó
65	Córdova Caicedo Sol María	ESE Barrios Unidos de Quibdó
66	Jorgelina Martínez	ESE Barrios Unidos de Quibdó
67	Felimón Lizcano Rodríguez	ESE Barrios Unidos de Quibdó
68	Asisclo Rivas Murillo	ESE Barrios Unidos de Quibdó
69	Jhon Walter Valoyes Valoyes	ESE Barrios Unidos de Quibdó
70	José Vergara	ESE Barrios Unidos de Quibdó
71	Jaime Gerónimo	ESE Barrios Unidos de Quibdó
72	Sinibaldo Carrillo	ESE Barrios Unidos de Quibdó
73	Eduardo Noriega	ESE Barrios Unidos de Quibdó
74	Lucía Santamaría	ESE Barrios Unidos de Quibdó
75	Jaime Imitola Ortega	
76	Gregorio Antonio Rico Guette	ESE Hospital Municipal de Sabanagrande,
77	Luis Carlos Fajardo Jordán	Jefe Regional de Gestión de Solicitudes de Servicio - Regional Caribe
78	Marta Lucía Bernal Chacón	Directora Administrativa y de Servicio Regional Caribe - Oriente
79	Eduardo Insignares	Sociedad de Pensionados de Empresas Públicas de Barranquilla
80	José Llerena López	Sociedad de Pensionados de Empresas Públicas de Barranquilla
81	Eduardo Sánchez Garizabalo	Sociedad de Pensionados de Empresas Públicas de Barranquilla
82	Alfonso de La Cruz Cantillo	Sociedad de Pensionados de Empresas Públicas de Barranquilla
83	Oswaldo Pisciotti Vásquez	Gerente Regional (E) Presidencia – Nueva EPS
84	Taufit Ramos Utria	
85	Alfredo Cabarcas Torres CC:	Asociación de Usuarios Selvasalud EPS Intervención: Situación Actual EPS Selvasalud
86	Óscar Bolaños	Asociación de Usuarios Selvasalud EPS Tema de Intervención: Gestión y Avances de Selvasalud EPS-S
87	Diana Cantillo Concha	Jefe de Proyectos Combarranquilla
88	Roquelina Alviz Vergara	Gestión Integral en Salud y Desarrollo Social SAS "Geisdes SAS"
89	Alberto Almendrales Casado	Empresa: Ips Cirujanos & Pediatras Asociados
90	Sandra Milena Rodríguez Acosta	Universidad del Norte
91	Nazira Fernández Ayubi	Colmédica
92	Humberto Mendoza	Alcaldía
93	Pablo Donado Beltrán	
94	Oswaldo Pisciotti –	Director Médico Nueva EPS
95	José de La Rosa –	Gerente Colmédica
96	Paola María Villadiego Reyes	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad
97	Gina Margarita Sánchez Visbal	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad
98	Álvaro de Jesús Gutiérrez Coba	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad
99	Katia Margarita Charris Cañizares	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad

No.	Nombres	Entidad
100	Tatiana Paola Charris Cañizares	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad
101	Francisca Miranda Ferrer	ESE Hospital Maternoinfantil de Soledad
102	Amanda Murillo	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
103	Francisco Hernán Moreno	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
104	Felimón Lezcano	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
105	Aylines Cossio	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
106	Acisclo Rivas	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
107	Aida Miriam Domínguez	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
108	Dorisilda Lagarejo	Oficina Nacional EPS-S Barrios Unidos
109	Nelly Lecompte Beltrán	Universidad del Norte
110	Lila Visbal	Universidad del Norte
111	Gloria Visbal	Universidad del Norte
112	Édgar Navarro	Universidad del Norte
113	Liliana Llina	Hospital de la Universidad del Norte
114	Carlos Bula Vieco	Funcionario Público de Salud de Soledad
115	Alfonso Jaller	Clínica Jaller Ltda.
116	Odette Chagui	Clínica Jaller Ltda.
117	Yerily Ballesteros	Clínica Jaller Ltda.
118	Luisa Fernanda Lombana	Clínica Jaller Ltda.
119	Meibiling Rojas Solano	Dirección Regional Asoc. Colombiana de Hosp. y Clínicas
120	Juan Carlos Giraldo	Dirección Nacional Asoc. Colombiana de Hosp. y Clínicas
121	Julio Sáenz	Hospital San Juan de Dios - Cartagena
122	Elisa Torrenegra	Gestarsalud - Intervención
123	Olga Lucía Zuluaga	ACESI - Intervención
124	Juan Carlos Giraldo	ACHC - Intervención
125	Amaury Guzmán	Presidente de la Junta Directiva de ESS Mutual Ser - Intervención
126	Luis Giraldo	Representante de la Junta de Vigilancia y Control Social de la ESS Coosalud - Intervención
127	Nasly María Buelvas Guzmán	Mutualser
128	Miguel Alberto Anaya Barreto	Mutualser
129	César Alfonso Bayestas Orozco	Mutualser
130	Galo de Jesús Viana	Mutualser
131	Álvarez Doria Carmen Alicia	Mutualser
132	Meza Hernández Irina del Socorro	Mutualser
133	Juan Carlos Díaz	Coosalud
134	Oliva Bautista	Coosalud
135	Javier Roviera	Coosalud
136	Zaida Beatriz Pérez Mulett	Coosalud
137	Nancy del Socorro Puente Morelo	Coosalud
138	Aniano Marimon Carmona	Coosalud
139	Carlos Alberto Castro Villadiego	Coosalud

No.	Nombres	Entidad
140	Evelis Esther Arnedo Moreno	Coosalud
141	Cecilia Isabel Torres Zapata	Coosalud
142	Margarita Ortega Valdés	Coosalud
143	Delia Del Carmen Sáenz de La Cerda	Coosalud
144	Glinis Esther Castillo Bertel	Coosalud
145	Angelina Guzmán Cuesta	Coosalud
146	Cecilia Del Carmen Vega Céspedes	Coosalud
147	José Ítalo Collazos Vergara	Coosalud
148	Gilma Rosa Parra Osorio	Coosalud
149	Mirladis Hernández Coneo	Coosalud
150	Ena Luz Salcedo Cancino	Coosalud
151	Elisa Carolina Torrenegra	Gestarsalud
152	Leidy Paola Pérez Urueña	Gestarsalud
153	Beatriz Espinosa	Gerente General
154	Mayerlin Vásquez	Subgerente
155	Sinivaldo Carrillo	Quejas y Reclamos Ambuq
156	José Antonio Segebre	Gobernador Del Atlántico (Asiste a la Instalación)
157	Carlos Humberto Arango-	Experto de Salud de la Federación Nacional de Departamentos
158	David Alfonso Peláez –	Secretario de Salud del Atlántico
159	José Jorge Madera –	Secretario de Salud de Sucre
160	Jorge Juan Orozco	Secretario de Salud de La Guajira
161	Zandra Lucía Castañeda	Secretario de Salud de Magdalena
162	Aixa Garrido Riascos	Clínica La Merced
163	María Elena Mafiol Baute	Clínica La Merced

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

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer,

Correa Jiménez Antonio José y

García Romero Teresita.

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

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

La reforma al sector de la salud, Secretario por favor sírvase leer el orden del día, bienvenido al señor Ministro de salud, doctor Alejandro Gaviria.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Muy buenos días la Comisión Séptima del Senado de la República presenta un cordial y efusivo saludo a todas las personas que gentilmente atendieron la invitación formulada para esta undécima audiencia pública de los proyectos reformatorios del sistema general de seguridad social en salud.

El orden del día propuesto para esta undécima audiencia es el siguiente:

I

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

II

Un espacio de cinco minutos para que aquellas personas que deseen intervenir y no lo hayan hecho, lo pueden hacer, lo cual se puede hacer acá directamente ante la Subsecretaría de la Comisión, hasta el momento hay doce personas inscritas para intervenir, en total se inscribieron ciento sesenta y cuatro personas como asistentes.

III

Invitados: actores regionales del sistema general de seguridad social en salud en la costa Atlántica colombiana.

Invitados del Gobierno: Señor Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria* y señor Superintendente Nacional de Salud, doctor *Gustavo Morales Cobo.*

Autoridades civiles administrativas de Barranquilla y del departamento del Atlántico.

IV

Intervenciones de los inscritos, el señor Presidente ha decidido que conforme al número de inscritos, que hasta el momento son doce, determinará un tiempo de intervención promedio máximo de diez minutos, prorrogable solo dos minutos más.

V

Cierre del evento

Leído el orden del día propuesto para esta undécima audiencia pública, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Secretario. El señor Ministro nos ha pedido que quieras dirigir unas palabras a la audiencia, señor Ministro, intervendrá al final de la audiencia después de que se hayan escuchado los distintos planteamientos y propuestas de las personas que se han inscrito para intervenir.

Antes de hacer la apertura de este evento, nuestros agradecimientos a las directivas de este claustro docente, al señor Rector, Jesús Ferro Bayona, al señor Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Hernando Vaquero, al doctor Julai Beltrán, quien ha fungido aquí como coordinador del evento y además docente de este centro educativo. Nuestros agradecimientos porque realmente han sido muy generosos, no solamente en habernos prestado este auditorio, sino también en el apoyo que nos han dado para que esta audiencia sea exitosa.

El doctor Vaquero nos ha pedido también antes de iniciar la audiencia, intervenir, le cedemos la palabra al doctor Vaquero, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, Hernando Vaquero:

Señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria, doctores Jorge Ballesteros, Antonio Correa, honorables Senadores de la Comisión Séptima, Representante a la Cámara, doctor Armando Zabaraín,

colegas, profesionales de la salud, señor Secretario doctor España, Profesores invitados, amigos de los medios de comunicación, estudiantes, amigos todos.

En representación del señor rector de la Universidad del Norte, doctor Jesús Ferro Bayona, quien por razones ajenas a su voluntad no nos pudo acompañar en este acto inaugural, le doy la más cordial bienvenida a esta casa del saber comprometida desde hace un poco más de cuarenta y cinco años con la transformación de nuestro país desde la región Caribe.

Señor Ministro y honorables Senadores, como está bien expuesto en la justificación de motivos del Proyecto de ley número 210, y el doctor Gaviria ha expresado en diversos medios, la reforma que finalmente se apruebe debe conciliar la imperiosa necesidad de cambiar lo que haya que cambiar para mejorar y la obligación de conservar las capacidades construidas en los últimos veinte años.

Basado en lo anterior y de mi triple condición de líder de un equipo que forma talento humano en el área de la salud, miembro del Consejo Directivo de un Hospital Universitario y médico neonato logo prestador de servicios de salud, planearé para su consideración alguna de mis opiniones del Proyecto de ley Ordinaria que tiene como objeto redefinir nuestro sistema de seguridad social en salud.

En primer lugar, y sin un ápice de duda, me atrevo a parafrasear al Ministro, en que esta reforma fue motivada en mejorar las condiciones de la gente y no la de los agentes; sin embargo, en ese grupo que queremos mejorar, falta incluir en el proyecto de reforma uno vital para el adecuado funcionamiento del sistema.

Estos agentes que faltan incluir son los trabajadores del sector salud, de hecho en el texto propuesto en una sola oportunidad se cita al personal de salud, y cuando se hace es solo para exigir que este sea competente.

Propongo entonces aprovechar la reforma para retomar artículos del capítulo sexto de la Ley 1438, que hace referencia al Talento Humano, y que no han sido aún reglamentados, me refiero puntualmente a los artículos referentes a la política de talento humano, la contratación del personal misional permanente, a la formación continua del mismo, a la pertinencia y la calidad de esa formación y, por supuesto, a la matrícula de los residentes.

En segundo lugar, finalmente y después de esperar por casi dieciocho meses en octubre pasado mediante resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, se definieron los requisitos para acreditar a una IPS como hospital Universitario, más allá de asociar este honroso título a la posibilidad de ser beneficiario de recursos de estampillas.

Lo que en el artículo 100 de la Ley 1438, se referencia como un gran honor y una gran desventaja competitiva, termina siendo ignorado en el actual proyecto de la reforma, los verdaderos hospitales Universitarios que nos comprometamos a cumplir lo normado en la Resolución 3409, tendremos la gran responsabilidad de formar para el profesionalismo y la calidad a los estudiantes del área de la salud, también deberemos cumplir con la misión de ofertar soluciones para la atención de mediana y alta complejidad de nuestras regiones.

Puede estar seguro, señor Ministro, que no seremos inferiores a los anteriores compromisos, pero cuánto nos ayudaría cumplirlos el hecho de que si como se plantea en la reforma que a los gestores de salud se les asignen porcentajes de excedentes por cumplimiento de resultados, a los hospitales universitarios acreditados como tales, se les otorgue también algún tipo de beneficios, no necesariamente asociados con montos económicos, me atrevo, por ejemplo, a sugerir puntualmente la posibilidad de acceder a fondos de becas créditos para la formación de su talento humano o porque no la posibilidad de tener representación en la junta Nacionales que se creen para la vigilancia y control del nuevo sistema.

En tercer lugar y ya para finalizar, me referiré al artículo 64 del proyecto de reforma ordinaria que debatimos hoy, comparto Ministro su opinión, que la famosa meritocracia entendida como originalmente lo hizo Jhon terminó siendo otra forma de exclusión, pero no comparto que aceptemos como sociedad la incapacidad de adelantar el proceso transparente y objetivo para la selección de funcionarios públicos.

La historia de los hospitales, ahora llamados ESE, está llena de ejemplos de malas administraciones por cuenta de la otrora perversa designación a dedo de gerentes por parte de las autoridades nacional o territorial competente. Los procesos de selección para gerente de ESE adelantados para por instituciones serias cumplieron su cometido, como podrá ser evidenciado en estudios próximos a publicar, la mayor causa de queja de la comunidad, se sentaron en procesos realizados por instituciones sugeridos por algunas autoridades nacionales o territoriales, donde los resultados se podían predecir con casi absoluta certeza.

Entonces por qué no evaluar en forma retrospectiva, con asertividad, basada en indicadores de gestión ya establecidos que tuvieron unas y otras instituciones para seleccionar a los mejores, y con esos resultados definir un nuevo modelo de cualificación, por ejemplo basada en un examen de competencias de circunscripción nacional.

Termino mi intervención, ilustres visitantes, expresándoles ahora los agradecimientos como persona y como institución por haber seleccionado nuestras instalaciones para realizar, lo que es la esencia de las universidades de sus inicios, el debate basado en argumentos y con claros objetivos de encontrar caminos que nos lleven a un Estado de mayor bienestar. Muchísimas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Primer punto, apertura de la undécima audiencia pública a cargo del honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Cordial saludo nuevamente a todos los asistentes, a la mesa principal, señor Ministro, señor Decano, señores Parlamentarios que nos acompañan, Senador Correa, Representante Zabaraín, voceros de las agremiaciones médicas que también nos acompañan.

Yo quiero para hacer la apertura de esta audiencia, hacer unas breves consideraciones de lo que ha sido el trámite de esta iniciativa de ley ordinaria en este periplo que estamos haciendo en el país, esta

vuelta a Colombia que estamos haciendo para socializar la iniciativa radicada en la Comisión Séptima del Senado de la República, y comenzaría señalando lo que para todos es una verdad de apuño, el sector de la salud está en crisis, una crisis que yo la denomino una crisis sistémica, que tiene distintos componentes, una crisis de orden institucional que se ha manifestado históricamente por la falta de una verdadera regulación sobre el sector y que ha dado pie por supuesto al desbordamiento de algunos agentes del sector.

En esa misma crisis institucional la situación en la que hoy se encuentran un número importante de EPS con medidas de la Supersalud, veintiséis EPS están hoy, algunas en medidas administrativas especiales, otras intervenidas y otras en liquidación, poniendo en riesgo a más de dieciocho millones de usuarios que hacen parte de estas EPS y que lógicamente tienen dificultades para la prestación de sus servicios.

De igual manera, la situación de alto riesgo en que se encuentra una buena parte de la red pública hospitalaria, de acuerdo con un estudio que hizo recientemente la Superintendencia Nacional de Salud, el 32% de los hospitales del país, óigase bien, el 32% de los hospitales, 312 hospitales de ese estudio de los novecientos sesenta y ocho hospitales que se estudiaron están alto riesgo, realmente eso es sintomático de la crisis institucional que atraviesa el sector, pero también un componente de orden financiero que seguramente muchos de ustedes conocen, que ha generado una cartera que hoy prácticamente es desconocida, no hay una cifra precisa de cual es realmente la cartera que se tiene con los hospitales y con las clínicas del país, se habla por alguno de tres billones, por otro de cuatro, y algunos inclusive plantean que la cartera está en el orden de los cinco billones de pesos.

Eso por supuesto, igualmente está generando no solo iliquidez de estas instituciones, de estos hospitales, sino también en muchos casos negación en la prestación de servicios.

Pero a mi juicio lo que hoy está gravitando mayormente sobre como amenaza del sector, es la crisis que yo llamo reputacional, la crisis de confianza, la pérdida de credibilidad de los colombianos en el sistema de seguridad en salud que hoy tenemos y en el modelo de prestación de servicios. Por ello nosotros pensamos que esta reforma no solamente es importante sino que también es urgente, y como dijo un vocero de la Asociación de clínicas y hospitales, el doctor Giraldo, muy a pesar que esta reforma de ley ordinaria no llegó con sentido, con mensaje de urgencia, sí tiene sentido de urgencia, y nosotros en la Comisión nos hemos hecho el compromiso de sacar a delante esta iniciativa, porque repito, el país requiere de una reforma del sector de la salud.

Igualmente, aclararles a ustedes para conocimiento de quienes no lo tengan, que en el Congreso hay radicadas dos iniciativas, la que hemos dicho, la iniciativa de categoría o de jerarquía ordinaria, y otra de categoría estatutaria que está radicada en la Comisión Primera del Senado y que para muchos pensamos que debe ser tramitada de manera simultánea y armónica con la iniciativa de orden ordinario, y así se está procurando hacer y el señor Ministro ha hecho la tarea o está haciendo la tarea para que en lo posible esa ley estatutaria que trata de darle alcance al derecho fundamental a la salud, realmente pueda ser aprobada en esta legislatura que termina el 20 de junio, y nosotros los que estamos tramitando la iniciativa de ley ordinaria, tengamos esa hoja de ruta de la ley estatutaria para que se armonicen las dos iniciativas.

Frente a la reforma y en esta vuelta a Colombia que estamos haciendo, señalábamos que esta es la undécima audiencia pública, hemos realizado ocho audiencias en Bogotá, una en Medellín, el martes pasado estuvimos en Cali, hoy acá en Barranquilla y la semana próxima vamos a estar en Bucaramanga, y hemos escuchado a los distintos voceros gremiales, a la academia, a los pacientes, a las EPS, en fin, a todos los actores nacionales y regionales que tienen que ver con el sector de la salud y frente al tema de la reforma o al proyecto de reforma de Ley Ordinaria, realmente creemos desde la Comisión, Ministro, que hemos avanzado, hay algunos temas en los que, a mi juicio, nos hemos puesto de acuerdo con las propuestas de las audiencias, y en las cuales habido suficiente coincidencia para que pudiéramos irle puliendo la ponencia que vamos a radicar muy seguramente a finales el mes de mayo. Temas como por ejemplo, la importancia de mantener el aseguramiento, pero dándole por supuesto mayor empoderamiento al aseguramiento público, y en esa mediad también reconocer en esta misma iniciativa de Ley Ordinaria, la salud como un derecho fundamental, y no como un derecho prestacional, tal como había sido radicado o había sido incluido inicialmente en la propuesta del Gobierno, en eso hemos avanzado, entendiendo también la necesidad que la prestación o el modelo que en adelante se les presente a los colombianos sea un modelo que tenga como eje fundamental la estrategia de atención primaria, caracterizada especialmente por un modelo de promoción y prevención de la salud.

En el plan de beneficios queremos y así lo estamos haciendo trabajar, repito, en armonía con la ley estatutaria, creemos que la propuesta del Gobierno de ampliar el plan de beneficio, va a permitir seguramente la disminución de las tutelas, no la eliminación de las tutelas, y que la lista de exclusión para muchos es una necesidad en la medida en que realmente también se han desbordado en algunas ocasiones las solicitudes que hacen en temas de servicios suntuarios, o de servicios cosméticos.

La descentralización, escuchaba al Decano de Ciencias de la Salud, doctor Vaquero, lo que tiene que ver con el nombramiento, la escogencia de los gerentes de hospitales, es un tema que tiene mucha controversia, se plantea desde el Gobierno la necesidad de fortalecer la descentralización, muchos estamos de acuerdo con ello, otros por supuesto no lo miran bien por los antecedentes que habido y que señalaba acá el señor Decano de Ciencias de la Salud.

La integración vertical, le hemos escuchado al Ministro, que estamos coincidiendo en un 90% con la opción de desmontar de manera definitiva la integración vertical, tanto en los niveles básicos como en los niveles especializados, seguramente al final el Ministro nos informará con más detalles de cómo va este tema.

Creemos también que se hace necesario el fortalecimiento de la Supersalud, tal como se plantea en el proyecto, en razón de lo que señalaba inicialmente, la

debilidad histórica que ha tenido la Supersalud frente a la regulación del modelo, estamos convencidos, yo creo que todos hemos, los que hacemos parte del sector de la salud, de lo importante que ha sido el giro directo y que hay que mantener esa figura realmente para que especialmente la red pública y los prestadores privados también tengan un flujo de recursos, por lo menos que le permita funcionar, y ahí otros temas de discusión, de discusión de fondo, uno de ellos por supuesto es el de los Gestores; el Gobierno plantea la transformación de las EPS en Gestores de servicio de salud, pero sobre eso hay inquietudes y dudas en lo que tiene que ver con la naturaleza jurídica de esos gestores, las funciones que van a cumplir los gestores, cómo se van a pagar y los incentivos económicos que van a recibir y los procedimientos o los procesos de auditorías que van a realizar o sobre, si sobre ellos se van a realizar también procesos de auditoría.

De igual manera, las inquietudes sobre los prestadores, en términos de la conformación de las redes, quién va a eso, quién va a tener la competencia de conformarla, quién los va a contratar esa es una discusión que estamos dando al interior de las audiencias y que vamos a llevar también a la Comisión para que finalmente tomemos una decisión.

De igual manera, otro tema importante de discusión es el periodo de transición, para algunos es suficiente dos años, para otros es muy corto, no, es un tema que está pendiente, que está sobre la mesa para discutir. Y hay otros temas que realmente de pronto no están en el proyecto, pero que entendemos hacen parte de la agenda que tiene el Ministerio, política de Talento Humano, política de medicamentos, régimen laboral de los trabajadores de la salud y también el tema de salud pública, creemos que sin que estén incluidos en el proyecto necesariamente deben hacer parte de la agenda presente y futura del sector de la salud.

Bajo estas circunstancias nosotros, insisto, estamos llamando a este diálogo social, con todos los agentes del sector para que construyamos una reforma que responda, seguramente no a todos los intereses, pero sí fundamentalmente a lo que los colombianos quieren, un modelo de salud que sea más humano, más transparente, más eficiente y que permita que realmente el servicio se preste con oportunidad y con calidad.

Hechas estas consideraciones vamos a darle apertura a la audiencia, la metodología es la de que muchos de ustedes o algunos se van a inscribir, entiendo que ya hay dos inscritos para intervenir de la más de doscientas personas que se registraron, ojalá en lo posible las personas que van a intervenir, si ello es posible o si tienen propuesta concretas las puedan dejar en la Secretaría de la Comisión para que hagan parte de los insumos con los que estamos trabajando para la ponencia.

Con estas breves consideraciones, repito, yo declaro formalmente abierta esta audiencia y vamos a iniciar entonces con la primera persona que se ha inscrito para intervenir, Secretario por favor, muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene en primer lugar el doctor Israel Ortigoza, Presidente de la Veeduría ciudadana de adultos mayores de Barranquilla, Bacam, y se prepara el doctor Alfredo Cabarcas Torres, de la Asociación de Usuarios Selva Salud EPS intervención intitulada Situación actual EPS Selva Salud. El tiempo estimado es de diez minutos, dos minutos antes se le informará que se le agota el tiempo y si el Presidente le autoriza una prorroga máxima de dos minutos, máxima doce minutos y se les avisa a los ocho minutos de haber iniciado la intervención. Interviene el doctor Israel Ortigoza, se encuentra, y se prepara el doctor Alfredo Cabarcas Torres.

El señor Presidente le da cordial bienvenida a la honorable Senadora Teresita García Romero, integrante de la Comisión Séptima del Senado de la República.

Presidente de la Veeduría ciudadana de adultos mayores de Barranquilla, Vacamb, doctor Israel Ortigoza:

Bueno como ya se dijo, mi nombre es Israel Ortigoza, soy el Presidente de la Veeduría Ciudadana de adultos mayores de Barranquilla, y ya nosotros presentamos a la Comisión Séptima del Senado por correo electrónico la presente contribución que traemos para este acto, es que dice:

Señores Comisión Séptima del Senado de la República de Colombia. La Veeduría Ciudadana de Adultos Mayores y la Junta Patriótica de Veedores de la Salud, que no pertenecemos al régimen asociado de jubilados, porque en nuestra vida no laboramos jamás en empresa alguna, ni participamos a ningún Seguro Social y somos millones de amas de casa, trabajadoras del hogar y hombres que vivimos del trabajo artesanal o del rebusque, teniendo en cuenta que ustedes se proponen realizar en Barranquilla, el próximo viernes 10 de mayo, una Audiencia Pública acerca del proyecto de ley de reforma de la salud, nos permitimos transcribir, inscribir y transcribir la siguiente propuesta de formula sobre la salud:

La primera está relacionada con los servicios de salud en general, que deberán estar bajo control del Estado Colombiano.

La segunda, los servicios de salud deben ser financiados por el Gobierno, para los no asalariados y la segunda para los sectores sociales, trabajadores, como lo estableció el Seguro Social desde el principio para los que trabajan en una empresa.

El régimen de salud para todos los colombianos y colombianas: amas de hogar y hombres mayores, que no son jubilados, porque no trabajamos en ninguna empresa, niños y jóvenes, que no gozan de ningún Seguro Social de salud, serán financiados conforme el artículo 49 de la Constitución Política y no por el acto legislativo 2 de 2009, que agravó la situación de la salud en Colombia con negocios privados al servicio de empresas prestadoras como las EPS.

En esto quiero detenerme un poco sobre el acto legislativo número 2. El acto legislativo número 2, reformó el artículo 49 de la Constitución Política del año 2001, el artículo 49 de la Constitución establece que la salud será gratuita para todos los colombianos, qué hizo el acto legislativo número 2, reformó esa parte, ustedes leen el artículo 49 del 2009 y leen el acto legislativo número 2 del 2009 y encuentran que solamente hicieron un acto legislativo para quitarle el párrafo que hace referencia a la salud gratuita, solamente para eso, y con esa reforma aparecieron las EPS por todas partes, apareció el negocio de

la salud en forma corrupta, donde los enfermos van y no encuentran la atención que requieren, muchos se mueren en el camino, la marcha de la muerte.

Entonces en ese sentido está nuestra propuesta que se extiende un poco más, pero por cuestiones de tiempo yo no lo voy a leer entera, sino que la voy a dejar en la mesa, además porque ya la mandamos dos veces a la Comisión Séptima del Senado por correo electrónico, debe estar ahí con la inscripción nuestra, aquí dejo yo una copia para la Secretaría, para que se tenga en cuenta en los insumos de la presente ley. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continua el doctor Alfredo Cabarcas Torres, de la Asociación de Usuarios Selva Salud EPS, con una intervención intitulada Situación de Actual de EPS Selva Salud, y se prepara el doctor Oscar Bolaños de la Asociación de Usuarios Selva Salud EPS, tema de Intervención, gestión y avances de Selva Salud EPS, tiene la palabra el doctor Alfredo Cabarcas.

Asociación de usuarios Selvasalud EPS, doctor Alfredo Cabarcas Torres:

Muy buenos días, señor Ministro, señor Senador y la Comisión Sexta del Senado de la República.

A nombre de los usuarios de Selva salud, de los departamentos Atlántico, Sucre y La Guajira, le pedimos muy generosamente, señor Ministro, que nos ha dejado huérfanos hoy en día a raíz de la desaparición de Selva Salud, una entidad que ha venido prestando unos buenos servicios en salud y prosperidad, si es bien que van a acabar con Selva Salud y vamos a regirnos a otras entidades, le pido al señor Ministro de salud que si van a cambiar la reforma que haya mejor atención, que nos quiten el POS que realmente hoy en día nos está afectando a los pobres, pobres y a los medianos usuarios. ¿Por qué?, porque muchas veces hemos intervenido en muchas entidades apáticas a Selva Salud que realmente he visto que ha venido prestando un buen servicio y muchas veces me he encontrado en muchas entidades en donde el usuario está pidiendo una atención y se la niegan, cosa que en Selva Salud nunca lo he visto.

Señor Ministro, a la vez le pedimos en el suroccidente de Soledad que es donde abunda más la pobreza, necesitamos más EPS o centros de salud que nos beneficie en nuestra salud y prosperidad. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Alberto Cabarcas Torres, también de la Asociación de Usuarios Selva Salud, ¡ah! ya intervino, perdón. Interviene el doctor Óscar Bolaños y se prepara el doctor Amaury Guzmán, continúa Amaury Guzmán, Presidente de la Junta Directiva de ESS Mutual ser, ¿se encuentra?, si se encuentra don Amaury Guzmán, se prepara posteriormente el doctor Luis Giraldo, Representante de la Junta de Vigilancia y Control Social de la ESS Coosalud, diez minutos de intervención se le recuerda el respeto en el tiempo.

Presidente de la Junta Directiva de ESS Mutual SER, doctor Amaury Guzmán:

Cordial saludo, señores y señoras, señor Ministro, honorables Senadores.

Mi nombre es Amaury Guzmán Sánchez, soy Presidente de la Junta Directiva de la Mutual Ser, la intervención que voy a hacer, la voy a hacer en nombre y representación de la Junta Directiva de las empresas solidarias de salud agremiadas a Gestarsalud.

Es difícil pararse aquí cuando uno trae un rótulo de corrupción y de criminal con el argumento de que contra las personas han usado los críticos del sistema de salud para solicitar y pretender la eliminación de las EPS del Sistema General de Seguridad Social el Salud, esta intervención que hago también la hago en representación de sesenta y ocho mil noventa y dos personas que son asociadas a siete empresas solidarias de salud que por allá en el año 93, aun antes de la Ley 100 del 93, a través del documento Conpes 01 donde se pretendía transformar el sistema de salud cambiando el subsidio de la oferta a un subsidio a la demanda, las comunidades de los barrios periféricos y de las veredas se organizaron y crearon su propias empresas solidarias de salud, un camino que ha sido tortuoso y cargado de desconfianza, porque se debió colocar un importante recurso en manos de la comunidad que se organizó.

Bien, por esa época se crearon 188 empresas solidarias de salud y hoy quedamos unas ocho empresas, muchas cometieron errores en la gestión de los recursos públicos de salud y otras nos fuimos preparando en estos largos 19 años creando una estructura, una infraestructura, unos procesos que permiten y garantizan el acceso a los servicios de salud a la población que está lejana y que estuvo muchas veces excluida del sistema de salud. Entonces se comete un gravísimo error cuando se generaliza criticando a las EPS diciendo que son las que se lucraron con el negocio del sistema de salud en Colombia, recuérdese que en la UPC más del 94,92% de la plata va a para a los prestadores de los servicios de salud, así se paga y ellos son los que ejecutan y a ellos son donde se presta el servicio de salud.

Estas empresas administraban, lo demás es el recurso humano, los arredramientos, los gastos a partir de una UPC que fue incluso cuando empezó estando en el diez, en el ocho y que hoy está en el siete y máximo ocho por ciento.

Entonces si bien es cierto que se han cometido abusos, las EPS se deben individualizar, entonces, no solo las EPS porque las que comenten los delitos no son las instituciones son las personas, entonces ellas son las que deben responder y asumir sus responsabilidades políticas, penales y disciplinarias y no cuando uno se para o cuando lo ven en la calle lo señalen diciéndole que es un corrupto.

Nosotros creemos y sabemos que existe una crisis en el sector salud que se ve relacionada cuando los afiliados encuentran dificultades para acceder a medicina con especialistas, pero también se sabe y está más diagnosticado que hay un problema de recurso humano y también de las capacidades de resolución que tienen las IPS, sino se resuelven entonces teniendo estudios claros sobre la demanda y tardando de que librar la oferta para que pueda cumplir a esa demanda, van a seguir existiendo problemas en el sistema de salud, pónganle el nombre que le quieran poner al tema de las empresas o las organizaciones que ejerzan representación del afiliado o que actúen en la organización y en la gestión del riesgo de la salud y de la red que permita garantizar el acceso a los afiliados. Por lo tanto, muchas de las dificultades y de los problemas creemos que empiezan, se solu-

cionan con voluntad política y que empiezan por vía reglamentación, si bien algunas requieren proyectos de ley porque son competencia del Congreso de la República, la mayoría que tiene que ver incluso con el flujo de recurso y este es un tema que ha sido grave y recurrente en toda la historia, conozco empresas que durante dieciocho años nunca recibieron la plata de la UPC completa, mientras tanto les tocaba garantizar un POS que si bien aplaudimos que fue creciendo en cobertura de tecnología de la salud para mejorar el bienestar y la salud de los afiliados tenía un problema de flujo de recursos porque la plata se quedaba estancada en la cadena, y muchas veces se quedaba estancada en los entes territoriales, que si bien es cierto ejercen un papel fundamental en la democracia local, también son instituciones que son débiles que pueden ser y que pueden estar bajo influjo de los grupos que actúan por margen de la ley donde se desvían recursos también, muchas veces por presiones y otras veces porque los mismos funcionarios actúan de mala fe.

No obstante nosotros creemos que ya acompañamos al Gobierno y al Ministro en la reforma en términos generales, pero nos sigue preocupando por ejemplo es el caso del artículo 26 donde ahora dice que los gestores deben ser sociedades anónimas; las sociedades anónimas tiene un elemento esencial que es el ánimo de lucro, nosotros las empresas solidarias de salud nos conformamos mediante unas naturalezas jurídicas de cooperativas y de mutuales, también reconocemos que muchos han abusado del cooperativismo y del mutualismo para beneficiar sus propios intereses generando un problema de descredito y de desconfianza en el sector solidario; por lo tanto, creemos que al establecer en la reforma que sean sociedades anónimas los actores o los Gestores de Salud, se excluya a las organizaciones sin ánimo de lucro porque por provisión legal no pueden convertirse en sociedades anónimas.

Otro punto que nos preocupa también tiene que ver con el artículo 31 y tiene que ver con que eso genera un riesgo y se retrocedan 20 años atrás cuando la política, el acceso a los servicios de salud queden al vaivén de los políticos de turno en los municipios y en las localidades cuando si se recuerdan muchos años, 93 y 94 se accedía cuando se tenía palanca política al sector de la salud.

Señor Ministro, nuestra petición concreta entonces es que el artículo 26 se elimine, se suprima la palabra sociedad anónima y si bien, a usted le preocupa es generar unos incentivos para que se cuiden los recurso de salud, creemos que existen otras alternativas que puedan estudiarse para que eso se logre.

También y por último creemos que los que dicen que el principio de descentralización constituye un fortalecimiento a la democracia, los recursos públicos del sector salud deben estar centralizados y girarse a través de una entidad única que los recaude todos. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el buen uso del tiempo, interviene el doctor Luis Giraldo, representante de la Junta de Vigilancia y Control Social de la ESS Coosalud, se prepara el doctor Julio Sáenz, del Capítulo Caribe de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Representante de la Junta de Vigilancia y Control Social de la ESS Coosalud, doctor Luis Giraldo:

Buenos días para todos, señores miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República, señor Ministro de Salud, señores representantes de los gremios, doctora Elisa Torrenegra, Directora de Gestarsalud, señores y señores.

En el nombre propio y en el de todo el personal del Régimen Subsidiado les presento mis más sincero saludos apoyado en nuestro señor Jesucristo que le pido que nos dé la bendición para que podamos así aportar todos un granito de arena para la reforma de la salud, reforma importante.

Soy el señor Luis Giraldo López, Vicepresidente de la Junta de Vigilancia y Control Social de Coosalud EPS ESE, lo mejor en las EPS ESE que tiene el Gobierno, el que tiene lo mejor con las EPS ESE, porque nosotros somos aliados del Gobierno nacional, y aprovechando que aquí estamos en una reforma a la salud, es cuando todos venimos a poner un grano de arena, a apoyar a nuestro Ministro, apoyar a nuestro Gobierno diciéndole sí a la reforma; una reforma de forma señor Ministro, no una reforma de fondo, porque si se llega a hacer una reforma de fondo quedamos nosotros otra vez llegando a 1990, 20 años atrás donde se nos morían nuestros familiares porque el Sistema de la Salud era mero político, era un sistema politiquero.

Entonces ahora sí, con mucho gusto quiero hacer la exposición a que he venido en el nombre de todo el personal del Régimen Subsidiado de las empresas gestoras de salud de todos.

Señores Representantes, saben ustedes el respaldo que significa tener un carnet de salud, es mejor ser pobre con carnet de salud que sin carnet de salud, puesto que es el aval para que el pueblo llegue a cualquier institución con un carnet que lo va a representar y que son allí donde lo atienden y que si no tiene carnet esa persona no valemos nada, gracias a ustedes señores Congresistas del presente y los que los han antecedido, porque fue hace 20 años que comenzamos con el Régimen Subsidiado de la Ley 100; muchas gracias también a aquellos Presidentes de turno que nos apoyaron: desde Gaviria, Samper, Pastrana, Álvaro Uribe que hoy siempre lo recordaremos y lo seguiremos recordando, como vamos a recordar la Ley 100, si es que se cae del todo, pero venimos aquí a decirle no señor Ministro, venimos a apoyarlo, que haga reforma de forma y no de fondo.

Es así que con un carnet de salud se le facilita para conseguir los servicios de salud, cuando una persona se encuentra enferma y grave, señor Ministro, es muy distinto estar en una capital, como estar en un municipio, en una vereda, y nosotros hemos absorbido desde las EPS las veredas, municipios, barrios y todo lo que es posible, no nosotros las EPS, ustedes señor Gobierno, al frente y apoyando el Régimen Subsidiado.

Los usuarios estamos más informados hoy de la Ley 100 que mucho antes. Hoy nosotros sabemos qué es la Ley 100 y a qué tenemos derecho, gracias a que las EPS han coordinado las ligas de usuarios; ligas de usuarios que han estado permanentemente capacitadas, porque son el puente entre la comunidad, los hospitales, las EPS y aun ante los autoridades. Por

qué ante las autoridades, porque para eso tenemos la Personería y los Derechos Humanos, y cuando hay problemas como hacíamos o como se dice, entonces esa liga de usuarios que es el mismo pueblo afiliado se hace presente y apoya y defiende, y nosotros como EPS siempre estamos de lado del Gobierno, y para eso les pagamos a los hospitales, a las clínicas, a todo el mundo, para que nuestros afiliados sean bien atendidos, no como mis afiliados de Coosalud, sino como los afiliados del Gobierno nacional, porque eso es lo que es el Régimen Subsidiado, nosotros no somos dueños de nada, somos unos colaboradores sinceros del Sistema de Salud.

Los usuarios hoy podemos participar activamente en el Sistema, claro que sí podemos; el Sistema de Salud es creado justamente para el beneficio de los usuarios, por eso se les capacita y tenemos la participación de hace mucho tiempo apoyando en audiencias, en todas partes lo que es el Gobierno, porque somos los usuarios los que tenemos que hacer también un control social al capital del Estado que aporta para la salud y no solamente para la salud, para otros instancias. Por eso nosotros estamos acá hoy haciendo una claridad que debe tenerse presente señor Ministro, señores de la Comisión Séptima, ustedes que son la voz del pueblo y les pido el favor de que vengamos, como decía usted señor Presidente Ballesteros, veía ahora que ustedes tiene la máxima oportunidad y la decisión de hacer cosas que con las que necesita el pueblo, si se sabe y se dice que el régimen está haciendo mal uso de pronto, pero no somos todos, hay que sintetizar quién es para que él responda, porque nosotros no por… Yo no pudiera decir aquí que el Gobierno es todo malo, no señor; o que los Senadores, no señor es que describirse con nombre propio para que le "caiga el guante a quien se lo chante", ese es el que es el dueño y que debe de hacerse responsable de las acusaciones que bien mal nos acusan a las EPS, a los mejores seguidores del Gobierno, a los mejores colaboradores del pueblo colombiano.

Los usuarios queremos que continúe existiendo una oficina donde se nos resuelvan los problemas cuando los hospitales, óiganse bien, no tiene todo lo que se necesita, cuando no hay médicos con que atender el pueblo, la importancia de las EPS ESE es que nosotros cuando tenemos un inconveniente y en el hospital no nos atienden a un paciente, pues que no hay UCI que no hay camilla, qué hace la EPS: inmediatamente llama a Barranquilla, señor Ministro, a Sincelejo, a Bogotá, a Medellín y miren que el Régimen Subsidiado es suyo, que es de nuestro Gobierno, nosotros inmediatamente intervenimos y enviamos pacientes de aquí para Medellín, de aquí para Bogotá, de aquí para donde se necesite.

Yo pienso señores, será que los hospitales dirigidos o llegándole el dinero a los gobernadores y alcaldes, será que harán es o que nosotros estamos haciendo, yo no lo creo porque he sufrido en carne propia, y de última hora les voy a contar una anécdota, para que se lo lleven escrito ojalá en su agenda.

Por eso sabemos que la oportunidad de vivir nos la dio Dios. Por eso sabemos que la oportunidad de tener médico y medicinas para el más vulnerable, para aquella persona que vive debajo de los puentes, señor Ministro, señor Presidente de la Cámara, de la Comisión, nosotros las absorbemos, les damos médicos y medicinas a aquellas personas que están perdidos por el consumo, inclusive del alucinógeno, que hoy no se ha podido quitar la dosis mínima de los alucinógenos que nos están llevando a la pobreza también a nosotros las EPS, porque cuando llega el muchacho loco, borracho, acabado, tenemos que hospitalizarlo, tenemos que pagarle, de acuerdo con…, algunos porque tiene su carnet, señor Ministro, otros porque no le corresponde, porque no es POS, pero generosamente nosotros el Régimen Subsidiado hemos contribuido con el Gobierno y le atendemos su pacientico para que nos devuelvan el costo, y es también un punto de los que nos tiene quebrados, porque no nos devuelven las platas a tiempo, entonces fíjese la maravilla de que es una EPS ESS el Régimen Subsidiado, por eso estamos aquí para hacerle ver al señor Ministro con cariño, con respeto, y aplaudir el trabajo que está haciendo, lo mismo que el señor Presidente de la Comisión, que habló ahora importante caso, y aviso en mi apoyo, una forma de forma y no de fondo, señores.

Bueno, muy bien. Todos sabemos, para terminar, todos sabemos, señores, que la política no es mala, la política es buena, lo malo es la politiquería y a nosotros las EPS nos ha perseguido la politiquería hace mucho tiempo, señor Ministro, señor Presidente, entonces el caso que dice que nosotros no servimos y que nos cogemos la plata vaya y venga, dijéramos algo importante, haber yo quisiera ver hoy enjuiciados a los que se han cogido esa plata, es que tiene que ser así, no puede ser que tengamos una Superintendencia, un Ministerio que de pronto quieren y tiene que hacer un control y que no se lleva a cabo ese control; también quiero dejar claro que nosotros las EPS tenemos una administración de Consejo de Administración y Juntas de Vigilancia y Gerentes y que la Superintendencia tenga pendiente que cuando vaya a hacer una visita, toque el punto de los Gerentes y de los Consejos de Administración.

Por último les digo, estamos preparándonos para una buena reforma, nosotros pedimos en esta calidad mía que vengo en representación de todos los usuarios, de que continúe el aseguramiento, que continúen las EPS; nosotros nos comprometemos, señor Ministro y señor Presidente de la Comisión a hacer las cosa excelentemente bien de hoy en adelante, señor Ministro, cuente con el Régimen Subsidiado que es el aval suyo y el aval del Gobierno para seguir adelante.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias al doctor Giraldo. Interviene el doctor Julio Sáenz, Capítulo Caribe de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y se prepara el señor Filibaldo García de la Liga de Usuarios Barrios Unidos. Tiene la palabra el doctor Julio Sáenz.

Capítulo Caribe de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, doctor Julio Sáenz:

Muy buenos días, un saludo al señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado y todos los honorables Senadores que lo acompañan en la mesa; saludo al señor Ministro, doctor Alejandro Gaviria Uribe y a toda la amable audiencia, por supuesto un saludo especial a quienes nos brinda hoy su hospitalidad aquí en la Universidad del Norte de la ciudad de Barranquilla.

Mi nombre es: Julio Alberto Sáenz Beltrán y represento a IPS de Cartagena esencialmente; pero por supuesto pertenecemos al Capítulo Caribe de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales de Colombia.

Sea lo primero manifestar en esta audiencia que estamos de acuerdo en la necesidad de una reforma; sea también importante reconocer que es un proceso que no se pretende que en una sola, en un solo esfuerzo se vaya a cambiar la totalidad de los asuntos que…, de los que adolece hoy el Sistema de Salud colombiano, creemos que este es un esfuerzo importante de los estamentos involucrados en este proceso desde Gobierno nacional, desde el Legislativo, desde todos los actores que han participado en la construcción de este proceso; los saludamos entonces como un avance importante en la preocupación del Gobierno nacional y de todo el Estado por mejorar las condiciones de salud de los colombianos.

En segundo término, nos asisten preocupaciones importantes en generalidad del proyecto, que tiene que ver con la real causa, las reales causas últimas de por qué estamos como estamos, y si con la reforma se van a modificar sustancialmente algunas de estas situaciones, más a delante vamos a mencionar algunas.

Creemos en este preámbulo importante mencionar que la sociedad civil debe definitivamente incorporarse de una forma más activa porque ya sabemos que no es un asunto de normas solamente, sino que es un asunto en el cual el sistema ético colombiano, el sistema de valores colombianos es el que está en juego realmente, si fuera por normas creo que todo estaría funcionando perfectamente, porque prácticamente todo lo encontramos detalladamente normado y reglamentado pero esto no ha sido suficiente, fehacientemente demostrado.

Nos asalta la gran preocupación de la concentración del poder en el fondo Salud-Mía, nos asalta la preocupación de la falta de participación democrática en el manejo de este naciente sistema y como tal también en la toma de decisiones de allí derivado como que tiene que ver con el manejo de toda la salud de los colombianos.

Lo que a nuestro juicio hay que solucionar, parte desde la concepción misma de la salud, del marco en el cual nos estamos moviendo como lo comprendemos y de la forma como lo comprendemos actuamos, creemos que se está abordando la salud no en esta reforma sino en la totalidad de nuestro Sistema desde una versión muy simplificada, un visión en la cual se olvidan una serie de factores que pretendemos atenderlo con hospitales, con médicos etc. Y esto no es suficiente, no voy ampliar mucho más, aquí lo dejo en todo caso en Secretaría para que podamos discutirlo en su momento.

Creemos importante destacar que se ha olvidado al usuario de forma sistemática, aunque se le mencione de cuando en cuando, pero no es el protagonista en el Sistema de Salud, hay un desbalance y se ha buscado a la manera del sistema financiero, acá, el equivalente sería las EPS, se ha buscado proteger más a las EPS que a los demás actores del Sistema.

Creemos que es importante establecer que las IPS son finalmente junto con su equipo humano quienes responden día a día, hora tras hora por las reales necesidades de los usuarios cuando estos llegan a los servicios de salud y que así, allí, se debe dirigir la atención de esta reforma para proteger este actor importante que hasta ahora hemos sentido que ha sido desprotegido.

Creemos importante también destacar que la reforma y el proceso mismo no solamente está, atienda a la heterogeneidad cultural, geográfica, social del país con diferencias consabidas tanto a nivel de departamentos, pero también a nivel incluso de pequeños municipios donde un solo río o un accidente geográfico hace que se dificulte el real acceso a las instituciones de salud para hacer uso efectivo del derecho de la salud. Creemos importante también que la red de servicios ya prestacionales, pues se haga de tal forma que atienda a la población en un territorio en un marco en el cual se resuelva lo más cercano posible a los sitios en los cuales transcurre la vida de las personas, que se evite a toda costa el traslado innecesario de pacientes lejos de sus sitios de origen o de labor.

Decimos también que definitivamente pues suscribimos la necesidad de fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control pero que sea efectivo, no tanto en las normas, en cuanto a la acción para que efectivamente el policía funcione y como decían algunas de las personas que me han antecedido en el uso de la palabra, pues castiguen a quien infringe realmente las normas y los hagan pagar, tal y como lo establece la Constitución y la ley, y la participación que ya la mencioné, que debe ser por supuesto rescatada de una forma importante.

A partir de acá es lo que hemos diseñado, es una propuesta de incentivos para mejorar únicamente el tema de acceso a los servicios de salud, no para resolver el estado de salud desde los determinantes, sino únicamente concentrados en la atención; creemos importante que la reforma incluya incentivos para mejorar los resultados en salud, desarrollando realmente el artículo 2° de la Ley 1122 del 2007, con un sistema de incentivos que alineé a los actores para que podamos reclamar de todos una debida actuación y mejorar la atención y mejorar por supuesto la salud al final de todos los colombianos.

En sentido para el fortalecimiento de la atención primaria en salud pero integralmente concebida, incorporación de medicina integrativa o confluencia, terapias alopáticas y alternativas, complementarias y medicinas tradicionales, es indiscutible en todas partes del mundo, ya se ha demostrado que el costo, el gasto mejor, de los servicios de tecnología es incontenible y es necesario aterrizar en la realidad de la economía colombiana que es lo que somos capaces realmente de costear, por lo tanto debemos rescatar una serie de prácticas que hoy las vemos más bien con desdén y que es necesario darle formalización, incluirlo realmente en la prestación de los servicios de salud.

Sabemos las dificultades geográficas, por lo tanto el impulso a todas las formas de virtualidad, telemedicina y demás servicios inclusive de promoción, prevención y capacitación, debe ser también estimulado en todos los niveles del Sistema.

La contratación y pago mediado por indicadores de resultados según cada nivel, cada autor del Sistema de Salud, por supuesto que debe, lo acogemos para que podamos todos ir más allá de los incentivos

del evento, de la facturación, sino realmente medido por unos indicadores que podamos concertar, necesitamos trabajar las disminución de las transacciones en el Sistema de Salud mediante la adopción decidida de registros electrónicos a partir de una tarjeta sanitaria digital inteligente que realmente permita al ciudadano acceder desde cualquier punto de la geografía colombiana.

Mejores resultados mediados por la atención oportuna y resolutiva es lo que buscamos mediante una práctica médica anticipatoria para disminuir los años de vida saludable, o los años de vida potencialmente perdidos por efecto de la atención deficiente e inequitativa en los territorios del país; por lo tanto, es importante y con el señor Ministro, ya lo hemos discutido en otros espacios, diseñar unos incentivos para zonas específicas en donde los servicios de urgencias son insuficientes o inexistentes muchas veces, en donde las patologías prioritarias no se pueden atender por deficiencia en la oferta, cierto, en poblaciones y territorios específicos como lo digo, porque no es igual el país, y aquí simplemente para mencionar algunos de los indicadores que nos permiten comparar la tasa de mortalidad por cien mil habitantes, mortalidad evitable comparando la región Caribe, la región Central, Bogotá y total de Colombia en donde por tiempo no voy a poder explicarlo, pero aquí está para también demostrar que no es igual Colombia pero con cifras, y por lo tanto no debe ser la misma respuesta para todo el país, sino que tiene que focalizarse con algunas particularidades.

Y los incentivos, el sistema de incentivos al que hacemos referencia tiene un fundamento filosófico que tiene que ver con lo que debe impulsar a los prestadores de servicio de salud y a todos los actores, hoy como está diseñado el Sistema, a nuestros ojos, estimula de forma perversa a que haya enfermedad. Prácticamente nos quedaríamos haciendo digamos votos porque hayan accidentes, porque haya enfermedad para poder facturar, para poder como tal llegar a sostener las instituciones.

Entonces las preguntas que hacemos es: si ya hay otras instituciones como los cuerpos de Bomberos Voluntarios, la Defensa Civil, las Fuerzas Militares, las Fuerzas de Policía, cuyo producto no es tangible y no se puede pagar de la forma como se puede pagar un servicio de salud, debería hacerse una consideración también en temas de servicios de salud para hacer como tal la sustentación y la sustentabilidad de unos servicios dado que este es una industria de alto riesgo en donde ya incluso el sistema financiero no permite una institución llámese prestadora o llámese gestora de futuro, llámese EPS que el sistema financiero preste los recursos para poder funcionar o apalancarse.

Puedo hacer uso señor Presidente, los dos minutos adicionales, gracias señor Presidente.

Entonces como tal decimos que lo que buscamos son incentivos para que realmente se estimule a los empresarios responsables para hacer las cosas bien, para que podamos realmente garantizar servicios de calidad en los territorios en los cuales hay dificultades. Hoy no es posible, en Colombia, que todavía se nos mueran los pacientes que sufren quemaduras, por ejemplo, porque sencillamente no hay la posibilidad de sostener ninguna unidad de quemados, porque vuelvo a reiterar, habrá que esperar a que se queme la gente para hacerlo sostenible, esto no puede ser que esté como tal incluido en un Sistema de Salud, debe dársele la vuelta a este sistema de incentivos para darle sustentabilidad a servicios que nadie quiere atender por no tener precios de mercado, porque sería importante que todos los colombianos realmente tuviéramos los mismos derechos, cierto, aquí tenemos dos ejemplos, y voy a rematar con un tercero, en los cuales hay diferencias sustanciales, estaba en un lugar afortunado y en buen momento nuestro Vicepresidente actual y dado eso hubo oportunidad, hubo forma de atenderlo y lo tenemos funcionalmente atendiendo los asuntos de Gobierno, pero no pasó lo mismo, en su momento, 1989, por las deficiencias para atender las heridas del doctor Galán Sarmiento o no por lo mismo en el noviembre del año pasado, cuando Miguel Francisco murió desangrado esperando atención médica, falleció camino a Cartagena porque no alcanzó a llegar donde se le pudiera brindar siquiera una atención básica, porque no está cerca de un centro de salud, porque no tiene acceso a los servicios médicos. Entonces esto digamos que es como tal la necesidad de garantizar en esta reforma que el acceso a los ciudadanos más necesitados sea una realidad, existe la ley inversa en materia de prestación de servicios de salud en donde primero llegan los servicios a quienes menos lo necesitan, usan más los servicios quienes más recursos tienen, no es por otra razón, muchas veces que por la real disponibilidad de esos recursos o por el acceso vía costo de transacción para desplazarse, para perder una jornada laboral e ir a utilizar los servicios de salud.

Entonces digamos que dejamos esta presentación, concluyendo que en lo que estamos proponiendo desde este grupo es establecer un sistema de incentivos para los servicios que he hecho referencia, unos precios de sustentación y/o subsidios a la oferta de servicios como pediatría, de medicina interna, de obstetricia, de atención de quemados, de atención del cáncer en algunas zonas del país y enfermedades huérfanas entre otras. Muchas gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Sáenz. Invitamos al doctor David Peláez, Secretario Departamental de Salud a que nos acompañe acá en la mesa; el señor Ministro fue a dar una rueda de prensa, esperamos tenerlo rápidamente con nosotros. Adelante doctor Peláez.

Continuamos Secretario con el orden de intervinientes.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el señor Filibaldo García de la Liga de Usuarios Barrios Unidos, y se prepara el doctor Luis Alfredo Gómez de la Organización Colombiana de Pensionados, OCP. Se encuentra acá el doctor Luis Alfredo Gómez, si se encuentra, gracias.

Liga de usuarios Barrios Unidos, Cinibaldo García:

Muy buenos días, voy a decir mi verdadero nombre: yo soy Cinibaldo Garrió Vásquez, del municipio de Repelón departamento del Atlántico, parte sur, donde está el Embalse del Guájaro y Oria del Canal del Dique. Vengo en representación de la Liga de Usuarios de Barrios Unidos de Quibdó.

Solicitamos, muy buenos días, igualmente reiteramos los buenos días para la Comisión Séptima del Senado, igualmente qué lástima que salió a atender el señor Ministro, pues me gustaría que estuviera presente en estos puntitos que traemos acá, dice así:

Nosotros solicitamos una reforma estructural y no coyuntural, donde el eje central sea el ciudadano, y la obtención del servicio, porque es que desde 1993 se viene con la Ley 100, reforma a la 715/2011, 1122/2007, 1438/2011, emergencia social Sentencia 760/2008 y todavía a los usuarios los siguen atendiendo por etiquetas, y entonces necesitamos hacer una reforma de fondo, porque es que nosotros ese… por un ejemplo, como tener nosotros la pared de nuestra residencia y que le echamos un poco de mezcla y listo, no, esto hay que mejorarlo, porque nos interesa es la salud de nosotros. Aquí está en juego es nuestra salud señor Ministro, señores Comisión Séptima del Senado, porque es que aquí, en Colombia, se viene hablando de la calidad del usuario desde 1980, treinta y tres años, y todavía siguen los amigos muriéndose, yéndose para cementos Caribe, cachiflín, cachiflín en este sentido, y necesita una reforma sinceramente de fondo, lo que necesitamos nosotros como usuarios, porque de verdad no hay derecho que sigan con estos problemas, que sean, nosotros, los afiliados que estemos sufriendo por la mala calidad del servicio. Y cuando hablamos de la calidad, miren que sucedió con el señor Santos: ahí sí hubo calidad, se le presentó algo y al día siguiente…, pero mientras tanto, los negritos se aguantan dos, tres meses para poderle resolver el problema. Entonces ahí no estamos hablando de calidad, entonces nosotros solicitamos que haya una buena calidad en el servicio de salud para nosotros.

Fortalecimiento en el terreno de PYP y no maquillajes estadísticos. Que vayan al terreno del pescador; donde está el campesino a visitar los médicos, no que nosotros tengamos que ir a los hospitales, sino que para que allá una verdadera promoción, porque es que si nosotros tenemos conocimiento de que un promotor nos diga las prevenciones que debemos tener, no vamos a enfermar lógicamente, pero eso no se ve, solamente está en estadística, señor Ministro y amigos de la Séptima Comisión y amigos presentes, que haya oportunidad de eliminar todas las barreras de acceso al servicio general de Seguridad Social en Salud y un buen servicio con calidad; porque ese cuentecito cuando uno va a al médico, ese retraso que hay y en ese caminito que cité, es donde está el famoso paseo de la muerte de nosotros los colombianos que estamos muriendo.

Entonces vamos acabar con esto. Hay que incluir y acabar con esta situación compañeros. Ahora otro tema que nosotros le solicitamos: es tomar medidas drásticas en la vigilancia y control en contra de las EPS cuando se determine, por un juez de la República, que se están vulnerable los derechos fundamentales del ser humano. Qué sucede aquí, que estas EPS que porque hubo una patología, un evento, no sé, tuve que recurrir a un juez, debe ser multado mínimo por diez veces el costo o el valor de la patología, porque, porque la persona ha tenido problemas, que se haga ese control, además fortalecer la participación, la vigilancia, el control en el Sistema de Seguridad Social en Salud de las IPS, EPS, ESE públicas o privadas desde la dirección por intermedio de los afiliados, o sea, que nosotros aquí estamos participando afiliado, pero deben de fortalecer para que nosotros hagamos parte de la Juntas Directivas de las ESE departamentales y nacionales, igualmente de las privadas y tantos, igualmente de las mixtas, solamente tenemos un tantito ahí en la de primer nivel, en nuestros municipios, pero hay que fortalecer eso.

Ahora como en cuestión se ha abierto el debate, yo quiero llevar a colación, leerles unos puntos muy fundamentales de estas personas que se han manifestado de la siguiente manera, dice de la siguiente manera, dice de la siguiente forma:

Se abrió la discusión al proyecto de reforma a la salud que presentó el Ministro Alejandro Gaviria, entre tanto el Ministro de Hacienda Mauricio Cárdenas dijo que el revolcón en el Sistema de Salud plantea, entre otros cambios, otorgarle poder a la Superintendencia Financiera para vigilar el manejo de los dineros, de los dineros del sector. Por su parte, Jaime Arias Presidente de Acemi, consideró apresurado el proyecto porque le quita funciones importantes a las Entidades Promotoras de Salud; acá van a perder los afiliados, y en mediano plazo el Estado, porque el gasto será mayor, sostuvo Arias dijo, el fondo único que el Ministro Alejandro Gaviria de salud le llama Mi Salud, no me parece, eso es regresar al pasado señaló igualmente, lo que dijeron ahorita, usted se acuerda que antes tenía que llegar el político de turno para que le dieran el famoso papelito para que a uno no el cobraran, ¡eche, esa vaina hay que dejarla, cuadro, mi madre que sí, hay que dejarlo!, como qué en pleno siglo XXI todavía estamos con ese cuentecito. Me perdonan los términos pero esa vaina…, hay que ser así cuadro, sí señor.

Entonces seguimos, pero Mi Salud, así como lo dije anteriormente, eso es el regresar al pasado, señalo igualmente que es ineficiente y peligroso darle la salud a entidades públicas que en el pasado fracasaron; sin embargo, expreso que el aumento de los salarios profesionales a la salud así como reaseguramiento de la enfermedades de alto costo por parte del Estado, le parece punto positivo, de la reforma que será llevada al Congreso de la República, reconocemos que tenemos problemas con algunas EPS, claro, porque hay unas también ¡que son barro, cuadro, la madre que sí!, pero hay otras que funcionan muy bien, que tiene pérdidas pero proponen por la salud de los colombianos, puntualizó Arias, pero también existe una preocupación de un señor Néstor Álvarez, Presidente de la Asociación de Pacientes de Alto Costo, dijo que la reforma a la salud planteada por el Gobierno es incierta porque aún no se conoce el texto de salud planteada, manifestó que según lo explicado por los Ministros de Salud, Alejandro Gaviria y de Hacienda Mauricio Cárdenas, no solo había un POS un poco positivo relacionado con el manejo de los recursos, pero indicó que persiste al preocupación porque no se garantiza el derecho a la salud; me atrevo a decir que esta reforma no se garantiza otra colcha de retraso, falta un poco más de seriedad de parte del Gobierno y no solo de manera periodística afirmó, estamos hablando del señor Néstor Álvarez, ahora señaló igual que se entiende, es que el Estado brindaría una salud básica, y esas entidades entenderían, atenderían mejor las enfermedades de alta complejidad en donde se comprarían seguros, como sucede en el sistema estadounidense, ahora, también

que sería bueno compañeros, sería importante una buena bonificación para los profesionales de la salud, los especializados, porque hay unos que por que el mal pago como lo están tratando aquí en nuestra República de Colombia se tienen que ir para otros países, entonces eso sería importante que lo tengan en cuenta.

Y entonces debido a estas cositas que les he dicho, surgen estas series de interrogantes, mucha atención: ¿Por qué una nueva reforma al Sistema de Salud?, ¿Se darán los cambios drásticos que anuncia el Gobierno para el Sistema de Salud, señoras y señores?, o esto será pura demagogia, ¿la propuesta incluye integral y mayor vigilancia al Sistema? nuestras preguntas; sigo preguntando, porque me encanta preguntar, ¿o es que proponen acabar definitivamente con las EPS, o esta reforma busca es acabar con el Fosyga, las EPS y el no POS, la reforma busca reducir barreras de acceso a servicios y medicamentos que ustedes saben muy bien que este es un problema que tenemos todos los usuarios, porque es la salud lo importante aquí en Colombia, eso es lo importante porque reitero, hace rato estamos hablando de calidad y dónde está la calidad?, por ningún lado.

Así que amigos de la Comisión Séptima del Senado, vamos a mirar cómo son las cosas, porque de verdad que aquí no podemos continuar, que aquí en Colombia en pleno siglo XXI estamos muriéndonos porque hay descuido y así no son las cosas compañeros, seguimos preguntando.

La reforma es un medio, es un remedio o una cura para el Sistema de Salud, señores. No pensé agarrar cincuenta minutos, pero tranquilo no te preocupes.

¿La reforma es un remedio o una cura para el Sistema de Salud? no habrá necesidad de tutelar más a en salud, porque a mí me tocó una vez entutelar un EPS por ser Sistema, no, porque es la misma mamadera de gallo después, y eso es lo que tenemos que evitar nosotros, que otra cosa, bueno que si se acabe, pero, vamos a meter el cuentico que es la mamadera de gallo que han tenido con nosotros, pero Dios quiera que las cosa mejoren.

¿Reforma es para mejorar el Sistema de Salud o es para acomodar a otros operadores?, porque solo también es preocupante, qué otra cosa nos interesaría a nosotros hacerles preguntas a todos ustedes, la razones del Gobierno para proponer una nueva reforma a la salud, ¿reforma será una intermediación financiera?, ¿la reforma establece qué EPS dejarán de manejar la salud?, señor Ministro ¿dónde está que no te veo?, ¿Mi Salud tendrá el manejo de treinta y dos billones de pesos?, ¿la reforma acabará con las EPS de garaje, señor Ministro?, ¿se le devuelve el manejo de los recurso de la salud a entidades territoriales públicas señor Ministro, o la reforma volverá al monopolio estatal en salud?, sinceramente es preocupante. Entonces, es importante que tengamos en cuenta todas estas cosas compañeros, porque no quiero, porque las cosas no mejoren, vamos a seguir los pobres más jodidos como estamos hoy. Entonces quiero terminar con esta expresión, que dijo un amigo, me perdonan la expresión pero tengo que decirle en una cuestión macondiana, dice mi gran amigo filósofo de Yanguma dice:

Cuando las heces de los pobres cuesten dinero, nosotros los pobres naceremos sin ano. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario, por favor continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Luis Alfredo Gómez en Representación de la Organización Colombiana de Pensionados. Se prepara el doctor Humberto Rosania, Asesor de UTL de la Cámara de Representantes. ¿Se encuentra el doctor Rosania? Entonces interviene el doctor Luis Alfredo Gómez de la Organización Colombiana de Pensionados, les agradecemos el respeto en el tiempo, hay todavía más de diez personas sin intervenir.

Representación de la Organización Colombiana de Pensionados, doctor Luis Alfredo Gómez:

Muy buenos días señores Representantes del Senado de la República, señores presentes.

Los Representantes de las organizaciones pensionales firmantes del presente documento nos dirigimos a los integrantes de la Comisión Séptima del Senado y al Ministerio de Salud, quienes en los actuales momentos discuten el proyecto de reforma a la salud presentado por el Gobierno nacional para fijar nuestras posiciones frente al proyecto, sobre la crisis del modelo de salud y propuestas. Frente al proyecto de reforma gubernamental tenemos que afirmar, sin lugar a equívocos, que es más de los mismo; que nada resolverá los graves problemas que afronta el modelo de salud y que es desilusionante, por decirlo menos, cuando hoy la inmensa mayoría reconoce el colapso del modelo, cuando se reconoce que la corrupción se ha empoderado de los recursos de la salud, más aun cuando el Gobierno habla en público de su preocupación por la inequidad y por la búsqueda de la tan anhelada paz, salga ahora con un proyecto que nada soluciona la grave crisis que vivimos los colombianos en una materia tan importante como la salud, y más grave aún que el propio Presidente de la República engañe a sus representados con la frase se acaba las EPS cuando lo que hacen es cambiarle de nombre por "Gestoras de Salud".

Cuando en 1993 aprobaron la Ley 100 nos prometieron un sistema universal de salud lejos de la corrupción y la politiquería que carcomía al ISS, porque el sector privado estaría ajeno a estos males y desafortunadamente el remedio resultó peor que la enfermedad y con la misma impunidad, ya que de tantas denuncias hechas por usuarios y los diferentes estamentos del Estado, incluido el Presidente, ni un peso se ha rescatado, y en premio acabó generado, les siguen manteniendo los mismo privilegios.

Universalidad hay que medirla con accesibilida. Para nadie es un secreto las dificultades para acceder al Sistema: citas médicas demoradas, demora en la entrega de medicamentos que obligan, a los que pueden, a comprarlas por fuera de las EPS. Prácticamente imposible acceder a los especialista con las terribles consecuencias en la salud de las personas. Y de la hospitalización ni hablar. Y qué decir de las llamadas "cuotas moderadoras y copagos" que se convierten en barreras de accesibilidad, obligando a las personas a recurrir a los médicos particulares que les resultan más económicos.

Si hay un sector golpeado por el modelo de salud imperante, somos los pensionados, por cuanto nos cobran una alta cuota del 12% más la cuota mode-

radora lo cual pone en desventaja frente a los factores activos, sumado a ello el pésimo servicio que recibimos y para quienes también el régimen, y para quienes régimen especial esté cada día desmejorado y está en peligro de desaparecer, y eso que hablamos de respeto por los derechos adquiridos. Que tal que no.

Propuestas:

Si realmente se busca salir de la profunda crisis que vivimos en salud, tenemos que partir por derogar la Ley 100 y su modelo de salud, ya que Colombia necesita un modelo que declare la salud como derecho fundamental y no un vulgar negocio para el sector privado como viene ocurriendo.

Segunda, un modelo blindado contra la corrupción, con mecanismo de real control de los recursos económicos.

Tercero, un modelo universal garantista, preventivo, curativo, público y libre de la intermediación.

Cuarto, a los pensionados se nos rebaje al 04% nuestro aporte a la salud, teniendo en cuenta que son muchísimos años aportando al Sistema, que somos adultos mayores y que requerimos de la protección del Estado.

Quinta, eliminar la cuota moderadora y los copagos, por cuanto limitan el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud y además porque es un doble aporte.

Sexto, respeto real por los derechos adquiridos, vigilancia y control al Régimen Especial en Salud y la garantía de su permanencia para los pensionados y trabajadores que los tiene.

Séptimo, las organizaciones pensionales que firmamos este documento rechazamos el proyecto presentado por el Gobierno nacional, por ser más de lo mismos y por no presentar soluciones reales a la crisis que hoy vive el modelo de salud, y respaldamos el proyecto presentado por ANSA.

Octavo, si realmente se trata de socializar los proyectos legislativos, proponemos que para próximos eventos sean realmente abiertos a los interesados en participar sin las restricciones que tuvo esta audiencia pública y que las propuestas presentadas por los representantes de las diferentes organizaciones sindicales o pensionales, sociales y la población en general, sean realmente tenidas en cuenta.

Firma la CPC, Asopelis, sector eléctrico, firma la Organización Colombiana de Pensionados, la Asociación de Pensionados de Empresas Públicas de Barranquilla, el Magisterio y la Fuerza Sindical Clasista. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchísimas gracias, le agradecemos al vocero de los pensionados dejar el documento en la Secretaría. Continuamos Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Humberto Rosania, Asesor de Unidad de Trabajo Legislativo honorable Cámara de Representantes y se prepara el doctor Ulay Beltránk, docente de la Universidad del Norte y Asesor en la Contraloría General de la República. Les agradecemos respeto en el tiempo, hay más personas inscritas, por favor.

Asesor de Unidad de Trabajo Legislativo honorable Cámara de Representantes, doctor Humberto Rosania:

Cordial saludo a la Mesa**,** a los presentes y al auditorio. Reitero mis felicitaciones al doctor Ballesteros, honorable Senador de la República, por que indudablemente está haciendo un ejercicio interesante, disciplinado a lo largo de todo el país, en aras de una socialización y en aras de absorber inquietudes para plasmar un buen proyecto.

Este ambiente académico indudablemente nos da licencia para expresar cualquier inquietud o cualquier sentimiento, todos estamos de acuerdo, los que hemos transitado en el ambiente académico, asistencial, administrativo a lo largo y ancho del tiempo de que esta reforma es un híbrido, en donde se compendian el viejo Sistema Nacional de Salud, el viejo Seguro Social, la Ley 100, la Ley 1122, la 1438 y un millar de millar de normas, reglamentos, acuerdos, decretos, etc.

De manera que estamos frente a un paciente grave que está en emergencia y en donde al tiempo que se le va haciendo el diagnóstico ahí que irle aplicando las medidas de urgencia para que no se muera, su destrocita, su canalización, su sutura, etc., y en eso es lo que estamos.

Se está hablando de la ley estatutaria a la cual no me voy a referir, por qué bien o mal se va a aprobar con todos los sobresaltos naturales del ambiente político, del ambiente académico, se va aprobar pero uno no entendería, por lo menos yo no entendería, una ley estatutaria que promueve la salud como un derecho fundamental y por ende la vida, sin que no haya calidad, como decía ahorita el amigo de Repelón, que no se nos diga la frase que se dice en los grandes testamentos de la salud del Estado, de que: si se aplica la calidad habría que cerrar las instituciones de salud de Colombia. Una frase como esta borra de tajo cualquier ley estatutaria porque es un contrasentido con el derecho fundamental a la salud, solo basta decir que en Colombia hay 25 instituciones de salud acreditadas y aquí en el Caribe colombiano no hay ninguna ni pública, ni privada o si acaso hay alguna como acepción de última instancia; pública no hay ninguna, por lo pronto, entonces, ese es el mejor ejemplo representativo de las situación donde estamos.

Se habla de una transición, que por lo menos sería dos años para aplicación de la ley. Tampoco entendería una transición sin darle un cabal cumplimiento, por lo menos a la 1438 que a mi juicio se hizo un ejercicio interesante en lo que son redes de salud, por ejemplo; no entiendo y esto me parece supremamente grave, que el Gobierno nacional, y lo digo, porque estamos en un ambiente académico, repito, que el Gobierno nacional escriba y difunda en un proyecto: que renuncia a la meritocracia en salud, está aceptando de que la sal se corrompió, y esa sal que se aplica en Colombia es igual para la salud y es igual para los otros sectores, la misma sal que se produce aquí, esta corrompida, dice que no, que hay que designar los Gerentes de las entidades públicas a dedo, porque la meritocracia no es prenda de garantía, eso es grave, lo está diciendo el Gobierno, no lo está diciendo más nadie, y entonces hay que volver al viejo sistema de la designación a dedo. Entonces habría que darle una

revisión a toda la meritocracia del país, al menos que se cambien el tipo de sal que se está aplicando.

Cualquiera que sea el sistema que se aplique, aquí se habla de "Gestores", se habla de EPS disfrazadas. Se habla de eventuales EPS resucitadas, pero independientemente de cualquiera que sea el instrumento para el Sistema, ese "gestor" para llamarlo como lo dice el proyecto, va a ser quien va a autorizar el pago. Ese mismo "gestor" va autoautorizarse el pago de los treinta y tanto billones de pesos que están en juego, en fuego y en juego.

Aquí no se ha hablado y ustedes leen el proyecto y no encuentran por ningún lado lo que debería ser un gran sistema de auditoría para controlar esos dineros que están…, pero nos viene otra vez a la memoria el cuento de la sal, la meritocracia y la corrupción que audita toda esa cantidad de recursos que están en juego, el mismo que va autorizar el pago, el mismo va a decir esa plata está bien, páguenme. Es un tema para reflexionar.

Yo pienso, se habla de incentivos, de incentivos a estos eventuales gestores, yo creo que el mejor incentivo, el incentivo natural en salud es evitar que la gente se enferme, porque en la medida en que menos gente se enferme, se va a gastar menos dinero en la curación de la enfermedad; entonces si eso es así, el Estado debe hacer su mejor negocio en salud, entre comillas, y su mejor negocio es evitar que la gente se enferme, como si tiene seguridad en eso, hombre que la salud pública en Colombia, la salud pública en Colombia de manera integral la asuma el Estado en sus diferentes niveles, incluyendo los entes territoriales debidamente supervisados y controlados, de igual la puerta de entrada al Sistema, el primer nivel de complejidad debe asumirlo el Estado al igual que la salud pública, con un buen flujo de recursos debidamente auditados y controlados, eso es una reflexión para ponerlo en práctica, salud pública y primer nivel de complejidad a cargo del Estado y lo que no pueda hacer el Estado, por supuesto, lo harán particulares, pero como excepción, no como regla.

Lo otro es la Red Prestadora de Servicios de Salud, el proyecto le quita liderazgo a los entes territoriales y se los entrega a los eventuales gestores, el ente territorial debe ser el líder natural de la red prestadora de servicio, porque es el que conoce mejor su infraestructura, es el que conoce mejor cuál es la calidad para la referencia y contrarreferencia, otro punto para reflexionar es ese, por supuesto la vigilancia y control que debe fortalecerse y capítulo especial el talento humano, deben privilegiarse las asociaciones de profesionales de la salud para el manejo de la salud integral, debe tener un capítulo, casi que un estatuto, tanto las entidades públicas como el talento humano en salud, porque son los actores, son los actores principales, son los protagonistas del Sistema, pero acá los tienen como actores de reparto. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Seguidamente interviene el doctor Ulay Beltrán y se prepara el doctor Adalberto Ginas Delgado, Diputado por la Asamblea Departamental del Atlántico. ¿Está presente el doctor Ginas?

Docente Universidad del Norte y asesor en la Contraloría General de la República, doctor Ulay Beltrán:

Bueno, buenos días. Inicialmente gratitud con la Mesa, gracias Ministro por regresar, y definitivamente creo que Barranquilla les cumplió a las expectativas que tenía el Presidente de la Comisión con respecto al nivel de participación, obviamente de asistencia, pero también de aporte a este proceso de socialización.

Algunas reflexiones motivadas desde la escena de la academia normativa sectorial, más que desde el rol propio de la gestión del control fiscal, Ministro, porque esa posición será presentada en el debate congresional, parten de que tiene la responsabilidad de representar esa entidad, como Contralora General de la República. Pero sí voy a mencionar algunas cosas que deben motivar algunas posiciones en esta fase previa cuando hay un proyecto de ley, cuando se esté discutiendo formalmente en las Comisiones Legislativas del Parlamento, y una vez salga allá el producto de la conciliación entre las dos Cámaras y finalmente se produzca la sanción del Presidente en este proyecto de ley.

Hicimos ejercicios similares desde otro escenario de responsabilidad con lo que finalmente fue la Ley 1438, aquí en la Mesa nos acompañan varios de los actores que en ese momento recuerdo, Teresita como Senadora, igualmente Jorge Ballesteros, en otras ciudades del país, en el recorrido que hicimos para dar finalmente con lo que fue la Ley 1438 que se presentó en enero del 2011 como la reforma que finalmente el país demandaba y recibía como solución, y hago mención a eso porque fueron realmente muy pocos los aportes de los que se plantearon en los ejercicios de socialización territorial los que finalmente quedaron incluidos en el texto de la 1438, creería con toda la humildad y el debido respeto así los legisladores del momento que si se hubiesen incluido muchas cosas que no se incluyeron en el texto final otro sería el escenario del día de hoy y temo no equivocarme.

Por eso Ministro, cuando se produzca finalmente la sanción del proyecto de ley y se convierta en ley, vendrá otro escenario importantísimo que es el proceso reglamentario, y sin entrar en detalle el texto que estamos revisando ahora el 210, quiero ejemplificar con un par de situaciones lo que a veces ocurre cuando no se actúa oportunamente desde el ejecutivo frente a responsabilidades de reglamentación, de normas que, espera la ciudadanía, puedan ser aplicadas pero que se les imposibilita el beneficio porque no se reglamentan, casi que una reforma ha alcanzado la otra sin haberse reglamentado la anterior, cosa que lamentamos muchos porque cosas buenas que se han podido lograr finalmente nunca se pudieron recibir en la práctica. Pero voy a ser patético con dos ejemplos, Ministros, porque el país se ha conmocionado mucho con una situación particular que se vivió en este departamento y se vive, relacionado con los pacientes pediátricos que padecen cáncer; hace pocos días intervenimos en una sesión que convocó la Representante Gloria Stella Díaz, precisamente haciendo revisión de lo que ha sido la Ley Sandra Ceballos, la 1384, 1384, que fue sancionada en mayo de 2010 y que hoy no está reglamentada, y que hay una sentencia del Consejo de Estado de septiembre del 2012 que conminó al ejecutivo, no solamente en

el referente al tema de salud sino al tema de educación, para darles solución práctica a los problemas de los pacientes con cáncer, y no pueden recibir el beneficio de la ley porque no está reglamentada, yo hago un reconocimiento aquí de lo que hace el legislativo colombiano, tanto la Cámara como Senado son proactivos en entregarle herramientas al Gobierno, para que como leyes instrumentalicen soluciones al país, pero a veces la respuesta de reglamentación no es oportuna, reconocimiento al legislativo que ha hecho las leyes con la bienvenida al señor Gobernador, pero que desafortunadamente dos leyes: la 1384 para los pacientes adultos y la 1388 para los pacientes pediátricos no ha sido reglamentada plenamente, mensaje, señor Ministro, muy respetuoso y afectuoso, lo que salga que se reglamente dentro del tiempo prudente que un país como Colombia espera para un reglamentación.

Siguiendo con este tipo de reflexiones, creo que es pertinente también tener en cuenta las señales que se envían y que se perciben por parte de la ciudadanía, los textos que se están revisando como bien lo decía el Senador Ballesteros, no solamente incluye el 210 en la parte ordinaria, hay el estatutario que es el 209, está el 233, el mismo 51 de iniciativa del Senador Ballesteros en el año 2012, pero una cosa parece ser el texto que se lee, otra el que se interpreta, otra el que se percibe y finalmente otra el que se aplica, yo creo que la gran tarea que existe en la socialización y en la pedagogía de un momento como estos es que finalmente la forma como se redactan los textos sean entendidos en una única forma y no que se preste al momento de la reglamentación a una discrecionalidad que no era lo que inicialmente se tenía como texto cuando se realizó, confiamos en que eso va a ser así esta vez.

Pero otro tipo de señales que inquietan es cómo a partir de ciertas actuaciones que la ciudadanía pudiera sentir como positivas si se dieran en el sentido correcto de las cosas, y me refiero, señor Ministro, a actuaciones que no dependen directamente de usted, pero sí de uno de los capítulos que contempla el Proyecto 210 y es el tema de la vigilancia y control. Cuando precisamente en las revisiones que venimos haciendo en las que asisten los diferentes actores que ejercen control sectorial y general en una instancia que se ha denominado red de controladores a los que tienen presencia la Superintendencia Nacional de Salud, causa sorpresa pero también tristeza cómo se han dado precisamente en las EPS que están intervenidas por la Superintendencia, es decir que en este momento están bajo su dirección los casos flagrantes de pérdida de vida, de pacientes con muertes evitables, a partir de entidades que están siendo directamente intervenidas por la entidad que debe garantizar desde la perspectiva de la vigilancia, el control, el aseguramiento y la vida de los afiliados, es un mensaje para cuando ahora Colombia empiece a comprender esa resolución que usted firmó anteanoche, la 128 que prorroga la intervención de Saludcoop, maneje una coherencia en la realidad frente a lo que es la asistencia y la recepción de servicios de los afiliados, algunos han dicho, algunos que pueden tener un manejo en el experticia del tema jurídico, yo no lo tengo, yo soy médico, pero que realmente estatutaria no se requiere, porque para definir el ámbito del derecho fundamental de la salud, si somos juiciosos, observadores de lo que la Constitución ha dicho, de lo que de manera reiterada y sistemática la Corte Constitucional ha dado en Jurisprudencia y el mismo Consejo de Estado ahí está claro lo que debe ser el componente de salud como derecho fundamental.

Pero ese escenario de la discusión de la estatutaria será igualmente en la Comisión Primera tanto de Senado como de Cámara, pero sí creería Ministro y legisladores aquí presentes, que cualquier medida que finalmente se adopte como solución ante esta megacrisis, porque la considero así, si tomamos como referencia lo que la encuesta Gallup refleja del mes de abril, que por cada 100 colombianos 80 opinan que el sistema está empeorando y ya no tiene no solamente desconfianza sino que el sistema ha entrado para utilizar un componente fiscal detrimento reputacional, porque se perdió lo que dijo el Senador Ballesteros al principio; la credibilidad, nos asiste una gran responsabilidad histórica a todos. Creo que la frase que voy a decir no es sujeta de controversia, si nos equivocamos otra vez, la historia nos condena o tal vez no haya sociedad para cuestionarnos si seguimos como estamos. Pero sí creería que lo que finalmente salga con el producto juicioso del debate legislativo, con estos aportes ojalá incorporados, doctor Ballesteros, en esa socialización que se ha hecho a nivel nacional. Dos minutos ocuparé. Es que lo que resulte, primero le garantice al ciudadano colombiano que la salud es un derecho fundamental efectivamente cierto, no solamente traducible en la identificación de una carnetización, sino un acceso efectivo, real, oportuno e idóneo cuando se requiera el servicio de salud y no cuando se decida que deba recibirlo por lo que determinan en estos momentos cuando alguien debe recibir o no un servicio, lo segundo, que se respete la naturaleza pública de los recursos, para que haya coherencia con la Constitución y con lo que la corte ha defendido al respecto y lo que el mismo Consejo de Estado ha fallado respecto al tema. Creo que cuando los colombianos de a pie, esos que no tiene posibilidad de buscar palancas, esos de los que no tienen la posibilidad de llamar a un Superintendente en la noche para que le arregle algo porque no le pueden solucionar algo en una atención en una clínica, porque no tiene camas, cuando el ciudadano de a pie pueda gozar efectivamente del acceso al servicio de salud independiente de alguien que quiera colocarle una barrera o no. Creo entonces que habremos cumplido con el país, porque el derecho fundamental creo que si desde el 91 está definido como tal, es momento de estrenárnoslos finalmente después de tanto tiempo de reformas y reformas.

Creo que he cumplido con el tiempo y ojalá he cumplido con el objetivo al trasmitir esta información muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario vamos a continuar, no sin antes darle la bienvenida al señor Gobernador del departamento, doctor José Antonio le agradecemos su acompañamiento en esta importante audiencia y seguramente nos va a dar un saludo.

Gobernador del departamento de Atlántico, doctor José Antonio Segebre:

Doctor Ballesteros, señor Ministro, señores Senadores de la República, señores Parlamentarios, doctor David Peláez Secretario de Salud, doctor Jesús Ferro Bayona, académicos y ciudadanos interesados en este tema tan importante de la salud pública en el país.

Quisiera como aprovechar dos minutos para comentarle la preocupación que tienen los Gobernadores del país y muy especialmente la Federación de Gobernadores frente al tema de salud, creo que lo que comentaba el doctor Ulay Beltrán es muy claro, la frase fue muy significativa y creo que es la frase que todos los colombianos creemos debe ser más que una frase un argumento y es que no podemos volvernos a equivocar en esta reforma a la salud, si nos equivocamos vamos a poner al sector de la salud, a los hospitales públicos en una situación muy complicada y preocupante, yo señor Ministro como usted sabe cómo le he venido comentando todos estos días que hemos tenidos la oportunidad de dialogar, quería como resaltar que me parece que hay que darle un pequeño debate, Ministro, al tema de los hospitales públicos y a la importancia de salvar los hospitales públicos con esta reforma al sistema de salud.

Por qué razón, la experiencia que hemos podido tener de tiempo atrás nos indica que cuando una de estas EPS no atiende a un asegurado, normalmente la única posibilidad que tiene el asegurado el sector débil de la sociedad es un hospital público, no existe otro camino para ese ciudadano, y frente a eso nosotros en el departamento del Atlántico hemos dado la instrucción a los hospitales de atender a todos y cada uno de los ciudadanos que lo requieran independientemente de la afiliación o independientemente inclusive de la autorización de la entidad, y muchas veces nos dicen eso es una irresponsabilidad decir eso, no, no, no, es una responsabilidad, somos seres humanos y tenemos el deber de ser atendidos.

Nosotros hemos dado la pelea con el doctor Peláez frente al tema de los niños con enfermedades catastróficas, que es un tema también que nos preocupa mucho, Ministro, yo creo que allí disque la norma lo contempla, ese es un tema también que debe ser atendido adecuadamente, pero por sobre todo conseguir lograr los flujos de caja que los hospitales públicos requieren para su funcionamiento, resulta fundamental, porque pone a los hospitales públicos de alguna manera en una posición muy complicada, de alto riesgo y afecta seriamente el funcionamiento de los hospitales públicos.

Es cierto nuestros hospitales públicos requieren mayor gerencia, nuestros hospitales públicos requieren mejorar específicamente su administración, tienen problemas de diferentes tipo, la corrupción no es la excepción hay que decirlo en algunos de ellos y en eso tenemos claridad. Pero una cosa sí es fundamental, sí adicional a los temas ya propios del hospital, a la falta de gerencia de los hospitales, usted le suma eso al tema de un flujo de caja deficitario para poder funcionar, usted está perdido, Ministro, y ahí se colapsa los hospitales, para que tenga una idea, nosotros tenemos tres hospitales en el departamento que de alguna manera hay una injerencia en el orden departamental, a uno le deben alrededor de treinta y cinco cuarenta mil millones, ellos dicen que cincuenta yo no creo, yo creo que le deben treinta o treinta y cinco mil millones de pesos al hospital más importante de alta complejidad, a los otros dos es muy pocos lo que le deben, sería cinco, ocho mil millones de pesos, parece mucho pero es poco para las necesidades que tienen, pero ellos deben…

Diputado por la Asamblea Departamental del Atlántico, doctor Adalberto Ginas Delgado:

La ponencia del día de hoy la titule, realicemos una reforma pensando en la gente, parto con dos pensamientos:

"El que quisiera tener salud en el cuerpo procure tenerla en el alma". Francisco de Quevedo. Y la salud no es un todo, pero sin ella todo lo demás es nada.

Todos los seres humanos tienen como condición innata el derecho de gozar de un medio ambiente adecuado, el acceso a una atención integral en salud y adicional un estado ideal de vida, este es un derecho irrenunciable, que aplica para todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. De esta forma pueden ejercer sus derechos bajo los principios de integralidad, accesibilidad y equidad, la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un paciente con un episodio de enfermedad claramente establecida y en el cual se originan dos aspectos fundamentales: El primero, Cómo la atención médica es la aplicación de la ciencia, la tecnología para resolución de un problema de salud; y el segundo, cómo es la relación interpersonal entre el profesional de la salud y el paciente.

La Ley 100 es un modelo que mejoró la cobertura, bueno realmente yo en el tema de cobertura, señor Ministro, digo que mejoró sustancialmente la cobertura, pero realmente es la cobertura de carnetizados, porque realmente la cobertura de accesibilidad no ha tenido igual mejoría, hay que entender que esta ley generó un avance muy importante, pero con el paso del modelo permitió que este modelo se fuese degenerando y se convirtiese en un modelo más de tipo mercantilista, muy alejado del aseguramiento y fomentó mucho la intermediación. Hoy luego de dos reformas, la Ley 1122 de 2007, al 1438 de 2011, más la Sentencia T-760 del 2008 que en mi criterio fue una sentencia que de verdad marco un cambio conceptual importante en el modelo de salud, hasta la fecha, como lo dijo el doctor Ulay Beltrán hace un momento, nos encontramos en un sistema totalmente en cuidados intensivos, con la pérdida total de la credibilidad de las EPS, hablarle a un ciudadano del común de una EPS es hablarle de algo negativo, con profesionales de salud que ganan salarios no acordes a su formación y mucho menos a la responsabilidad que implica atender a un ser humano, esto genera de fondo una comunidad muy mal atendida, sin programas de promoción y prevención, con un modelo de atención que premia y exalta lo económico, acaba de un tajo con el tema de la humanización volviéndonos insensibles ante el tema de la salud de la comunidad.

Nos encontramos ante un gran reto, una reforma que se centre en las necesidades de los usuarios, que permita dignificar al profesional de la salud, que garantiza la sostenibilidad del sistema con un modelo que fortalezca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la descentralización y con una fuerte inspección, vigilancia y control, el modelo presentado, señor Ministro, genera avances muy importantes, la creación de Salud Mía, me parece una gran unidad de gestión que va a manejar todos los recursos del sistema, me parece un avance importante, de igual manera positivo un plan de beneficios con exclusiones determinadas por un proceso técnico y

participativo, pero pienso que todavía queda mucho para considerar que esta reforma va a dar una solución total como está presentada.

La Ley 100 es un modelo basado en el pluralismo estructurado con unos principios claramente presentados en el artículo 153 y posteriormente fueron modificados por el artículo tercero de la 148 y hoy son modificados nuevamente en el artículo cuarto de este proyecto, y dentro de ese toco uno que considero fundamental, la palabra calidad, y el modelo presentado del proyecto nos habla de que la calidad es el sistema que garantiza que los agentes, servicios, y tecnologías deben ser centrados en el ciudadano, importante aporte, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares aceptados científicamente con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de salud sea competente y bien remunerado, y que se evalúen los establecimientos, servicios, tecnologías ofrecidos. El punto y bien remunerado es de mi autoría, señor Ministro, porque yo considero que es fundamental que el profesional de la salud tenga un salario justo, para que pueda de verdad generarse calidad en la prestación de servicios de salud.

La realidad de la atención debe estar centrada en la relación médico-paciente, esta no puede verse afectada bajo intermediación alguna, para brindar un buen servicio se requiere un profesional competente y con una remuneración justa, como bien lo dijo el Decano el doctor Hernando Vaquero es muy importante este tema.

Quiero también tocar otros artículos si me lo permiten, en el artículo veinte se habla de que las entidades territoriales son los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública, la financiación de estas acciones se realizará mediante instituciones públicas, todo bien hasta ahí, y agrega, o privadas debidamente autorizadas, ahí vamos a entrar en una dificultad, nosotros sabemos que el artículo diecinueve de la Resolución 045 de 2008 se establece que las intervenciones colectivas se deben manejar con las empresas sociales del Estado del entorno, si nosotros dejamos este artículo como está vamos de pronto a tocar el tema que tocaba el señor Gobernador en un momento complicado que va a haber mucho menos recursos para las empresas sociales del Estado.

El artículo veintitrés, tampoco se establece la obligatoriedad de contratar un porcentaje de las prestaciones individuales con las ESS del nivel territorial, lo cual ya es un gran riesgo, actualmente la norma nos establece que hay un porcentaje del régimen subsidiado que debe ser contratado con las empresas sociales del Estado, al no estar esto en la norma podemos caer, señor Ministro, en una gran dificultad en la financiación de nuestras empresas sociales del Estado.

El artículo veintiséis nos dice que los gestores de servicio de salud son, serán como unas EPS sin manejo de recurso, pero realmente van a generar el flujo del dinero, van a ser los que van a contratar, van a manejar la auditoria y esto realmente implica que estas instituciones preferiblemente deberían ser sin ánimo de lucro, el tema del artículo treinta y dos la integración vertical, señor Ministro en mi criterio en salud no debería existir integración vertical, y menos en este modelo porque en este modelo el gestor al tener prestación, va a ser un círculo muy perverso y cerrar su contratación en el prestador específico.

El artículo treinta y dos está redactado de la siguiente manera: integración vertical, está prohibida la integración vertical de gestores de servicios de salud y prestadora de servicios de salud salvo en la prestación primaria de servicios, esto implica que las ESE de primer nivel van a tener una competencia muy fuerte en este tema. Y para terminar, señor Ministro, en el artículo sesenta cuatro, considero un retroceso el proceso de meritocracia desaparecerlo en lo que es el manejo de los gerentes de las instituciones de las empresas sociales del Estado, tener gerentes de libre nombramiento y remoción hace que el manejo gerencial va a ser muy dependiente de ente territorial y va a generar muchas dificultades que llevarán también a crisis al sector en poco tiempo.

Señor Ministro, señores Senadores miembros de la Comisión Sexta, espero con estos aportes contribuir desde mi perspectiva a que esta reforma logre de verdad ser una ruta que permita brindarle salud a toda la comunidad con calidad fortaleciendo las empresas sociales del Estado haciéndola más competitiva y sobre todo dignificando al profesional de la salud. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Diputado. Secretario por favor, Secretario continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría se permite informarle que hay seis personas inscritas antes que el señor Ministro; el auditorio está prestado hasta la una de la tarde. En consecuencia recortamos en dos minutos el tiempo de intervención de las seis personas inscritas restantes. Interviene el doctor Álvaro Velásquez y se prepara Gustavo López, Secretario de Medio de Comunicación de la Confederación de Pensionados de Colombia.

Doctor Álvaro Velásquez:

Buenos días a todos, aunque pertenezco muy orgullosamente a las Asociaciones de Clínicas y Hospitales, quiero hacer la aclaración de que en este momento vengo en representación de la gente y no de las Asociaciones de Clínicas y Hospitales, y utilizo ese comentario para mostrar mi identidad con la visión que tiene el Ministro y que plantea a través de su eslogan, de que esto debe ser una reforma para la gente y no pensado en los agentes.

A partir de allí quiero comentarle una experiencia que vivimos hace poco, hace dos días exactamente, a través de una metodología de trabajo para el tema de la reforma planteada por una fundación que se llama Así Vamos en Salud, interesante porque la metodología lo que planteó fue establecer unas mesas de trabajo y en esas mesas de trabajo llevó a los diferentes gestores o actores para que interactuaran, establecieran sus puntos de divergencia y la metodología es que sobre los puntos en conflicto de la reforma se señalara la conveniencia o la inconveniencia de ese punto, de ese articulado en especial.

Entonces me voy a referir a lo que pasó allí de manera concluyente, en cada mesa había un actor del aseguramiento, un actor del ente territorial, un actor de los prestadores, y cada uno señalaba desde su óptica las conveniencias y las inconveniencias del tema, yo me voy a referir solo a aquello en lo que coincidimos, porque me parece que eso puede ha-

cer más planteamientos desde el punto de vista de la gente y no de los agentes.

Y coincidimos en un punto, que planteara para la reforma que pueda aportar realmente beneficios claros, la reforma en su inicio señala que los objetivos que se pretende lograr con ella en términos generales son: Oportunidad, accesibilidad, continuidad, integralidad y calidad en la atención, como elementos que de pronto no hemos alcanzado aún con los avances que hemos logrado.

Y en esa mesa discutimos y encontramos un punto en el que coincidimos todos como herramienta o como estrategia para lograr todo eso, y ese concepto se llama libre escogencia, todavía no he llegado a una mesa donde alguien no esté en desacuerdo con eso, ojalá aquí surja, pero ya es importante saber que muchos coincidimos en ellos, la libre escogencia está consagrada como principio en la ley, y resulta que increíblemente luego se genera una contradicción sobre ella en el articulado más adelante, desde la Ley 100 está en el artículo 156, en el artículo 153 y en la 156, 159 se contradice en el sentido de que la frena al señalar que se requiere o que la accesibilidad a esa libre escogencia es a través de la red creada por el asegurador.

Lo mismo se plantea en esta reforma, artículos 24 y 27, si no recuerdo mal, y nosotros nos preguntamos por qué le tenemos miedo a la libre escogencia si nos resuelve toda esta problemática que estamos señalando, la libre escogencia nos permite accesibilidad, yo llego a donde más cercano esté y donde me presten el servicio que quiero, me asegura la calidad porque todos vamos a tratar de ser el mejor para ser el escogido por el usuario, nos permite oportunidad porque no tenemos que esperar llegar a esas barreras de acceso que nos colocan y tenerla que franquearlas, es decir es la herramienta más fácil para lograrlo, pero yo entiendo al Ministro y entiendo a su equipo de trabajo en el sentido que ellos tienen que ser responsables socialmente, y hablo de socialmente porque en el futuro tiene que ser sostenible el modelo, y entiendo que la preocupación que puede haber es que al generarse una libre escogencia el tema de del control de precios se pierda, se pierda porque lleguemos a un nivel de excelencia tan bueno que aquella posición dominante que tiene la aseguradora al crear su red desaparece y no nos va a poder poner las condiciones que hoy pone, pero eso se puede regular y seguramente con los expertos que hay en el Senado y con los expertos que hay en el Gobierno seguramente se podrá establecer cómo controlar desde el punto de vista económico esto, de una manera simple, hay una forma que descubríamos en nuestra mesa, si nosotros colocamos que hoy el precio máximo de negociación en el mercado en actividades y procedimientos es la tarifa SOAT, y el precio mínimo que hay en el mercado tristemente mínimo es el de tarifa ISS, nosotros pudiéramos decir que mínimo y el máximo, el techo y el piso que tiene que colocarse están allí creados, y en ese escenario se podrán mover y entonces tendremos instituciones estimuladas a acreditarse y desestimularemos las clínicas de garaje, y desestimularemos la contrastación con los prestadores inadecuados por parte de los aseguradores para buscar un mayor rendimiento. Gracias.

Mi invitación es que le damos un análisis más profundo y es la propuesta, Ministro, al concepto de libre escogencia, igual se puede hacer con el tema de medicamentos e insumos, se puede crear un marco, pero además la reforma tiene un artículo que es el dieciséis que plantea la posibilidad de regular y de controlar el tema.

Quiero dejar unos tips aparte que no pueden escaparse de unas preocupaciones grandes que tenemos, y es el tema de los procesos liquidatarios actuales, unos procesos liquidatarios que tal como se está planteando van a colapsar el sistema y van a quebrar a todos los prestadores, hoy se están pidiendo requisitos que no se pueden cumplir, a unos prestadores que con anterioridad prestaron ese servicio, se está contemplando la posibilidad de que nosotros entremos a colocar recursos para subsanar estos procesos liquidatarios donde no sean reconocidas las deudas, elemento grave, si tenemos en cuenta que nosotros cumplimos el exigente, con el deber de atender a la población que nos mandaron y que el Gobierno tenía que vigilar a esos entes y tenía que estar seguro además con entes que los intervinieron que no se pudieran quedar esos recursos por fuera, es una preocupación importante. Otra preocupación importante es que la industria farmacéutica en este escenario ha pasado agachado y nos metió un gol que no nos dimos cuenta, en el tema de la regulación de precios vía resolución para contener el tema del hueco grande que nos estaba generando el cobro del no pos, la industria con el Gobierno establecieron unos precios de regulación que a los prestadores solo les dejan un doce por ciento (12%) de intermediación, 12% presupuesto inalcanzable para prestar, pero esa no es la preocupación, la preocupación es que de esa metodología, con esa metodología la industria farmacéutica estabilizó los precios en el tiempo, resulta que hoy el modelo se sostiene porque hoy un medicamento cuesta más que hace veinte años, y nosotros le dimos a la industria o la industria nos metió el dedo en la boca y estabilizó los precios de tal manera que esos medicamentos que están regulados desde hace dos años siguen con el mismo precio, cuando sucede totalmente lo contrario cuando un medicamento entra al Pos, hoy hay medicamentos, sino lo saben algunos aquí, un Alodipino cuesta diez y seis pesos, por favor ni una menta cuesta eso, y eso es gracias a que abrimos el mercado, entonces no podemos estabilizar unos precios para que se perpetúe en el tiempo sobre todos los medicamentos más costosos y que mayor impacto tienen. Gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Secretario por favor continuamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Gustavo López Resten, Secretario de Medios de la Confederación de Pensionados de Colombia, se prepara la doctora Aidé Luz Yépez delegada de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar.

Secretario de Medios de la Confederación de Pensionados de Colombia, doctor Gustavo López Resten:

Buenos días para todos, así mismo para el señor Ministro, señor Gobernador y doctor Ballesteros, Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República.

A todos queremos partir sobre todo, doctor Ballesteros y señor Ministro, queremos partir de un artículo de la Constitución vigente en este momento en nuestro país que dice en su artículo 79, la ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla, y sí señores qué tanto nos puede afectar o beneficiar que la salud sea de buena o mala calidad, yo creo que es lo que hace esto, pero que esta audiencia del día de hoy, pero advertimos señor Ministro, doctor Ballesteros que esta audiencia no se convierta en un saludo a la bandera como ha ocurrido en múltiples ocasiones en sesiones como esta, no es la primera vez que asistimos, incluso desde la época del difunto Ministro Juan Luis Londoño, desde esa época ya tuvimos la oportunidad hacia acá de asistir a muchas de estas actividades.

Se convoca a la comunidad a participar a veces, entre comilla, pero nunca se tiene en cuenta nuestros puntos de vista ni se recogen, y este tipo de eventos, entonces solo sirven para distorsionar el contenido de lo que aquí ha expresado y salir a pregonar que se escuchó a la comunidad y que los Congresistas están de acuerdo con que el pueblo, con el pueblo en que hay que cambiar el sistema de salud para que nada cambie, ojalá que el espíritu de los niños que hoy se han invocado aquí, que mueren de cáncer sin ser a tendidos debidamente, ni recibir oportunamente los medicamentos ni el debido soporte psicológico para ayudarlos a soportar dignamente la cruz que esa enfermedad les hace cargar o el espíritu de esas familias que soportan estoicamente los abusos y atropellos de esos intermediarios llámense IPS, EPS o como se quieran llamar, o los espíritus de los ancianos indefensos que ni siquiera tienen quién hable por ellos y se han muerto en los paseos de la muerte en las puertas de los hospitales, de los que piden citas que nunca consiguen a tiempo, ni en la ciudad, ni siquiera en la ciudad de Barranquilla, que dicen que tenemos el sumun de los modelos de la salud en todo el país, que sí es verdad que han mejorado la infraestructura pero todavía estamos lejos de dar un trato humano a quienes acuden a ellas.

Ojalá los espíritus de todos ellos, señores Congresistas, señor Ministro, los ayuden a entender que el pueblo colombiano, sobre todo los de menos recursos no pueden seguir con un modelo de salud que enriquece a unos pocos a costa de la salud de la mayoría, basta del uso de quienes fabrican y comercializan los medicamentos en nuestras prestadoras de servicio hay medicamentos mágicos, sirven para toda clase de enfermedad que usted lleve allí para que los atiendan, son las mismas loratadina, el mismo ibuprofeno, y el mismo diclofenalco que es el que le aplican a todo el mundo en muchas de las partes de nuestro país.

Basta del abuso de quienes han desangrado impunemente las finanzas de la salud, aprovecho la oportunidad, doctor Ulay, porque sé de lo que ha sido su trayectoria como médico, como funcionario, como docente, para decirle que ojalá desde la Contraloría usted nos ayude a conseguir los balances de las EPS o IPS desde antes de la Ley 100 del 93 hasta hoy, los balances de ingresos y egresos para que veamos de qué manera han crecido ellos, pero de qué manera ha decrecido la salud del pueblo colombiano; a cuántos defraudadores se les está aplicando la ley y están detenidos o siquiera judicializados, voy a hablar de algo que parece escabroso pero hay que decirlo, veamos los testimonios de justicia y paz para que miremos cómo los dineros de la salud y educación fueron a dar a las alcantarillas de la corrupción y del paramilitarismo, no lo decimos nosotros, lo dicen ellos mismo en sus testimonios y declaraciones rendidos ante los jueces de la República, pero aquí no ha pasado nada, señores Congresistas vengo a decirles en nombre de la confederación de Pensionados de Colombia que es cierto, aquí se trata de discutir cosas que nos afectan o que nos beneficien, pero nosotros preferimos casarnos y eso no quiere decir que los señores de allá del Congreso estén totalmente de acuerdos con nosotros, pero queremos un sistema de salud que no maquille la Ley 100, queremos un sistema de salud realmente que derogue la Ley 100 después de más de 20 años de fracasos uno tras otro.

Queremos un sistema de salud que nos dé participación a los usuarios aun en la dirección y en la estructura organizativa de los organismos que se estén planteando, hoy nosotros podemos ir a todos los, a todos los entes de salud y lo que encontramos es que los usuarios casi que no tenemos derecho o a veces alguna gente amañadamente se incrusta en esos organismos para defender incluso los intereses de las direcciones de estos sectores, queremos también que el derecho a la salud sea un derecho fundamental como se ha dicho y no una mercancía que quien la puede pagar la tiene y quien no la puede pagar nunca la podrá tener.

Queremos también que los recursos de la salud sean públicos y no privados, señores del Congreso, que la tutela sin violar el derecho, que se mantengan la tutela sin violar el derecho de los médicos ni su ética, ni la judicialización de ellos, de los médicos, porque ahora como se pretende por algunos sectores del mismo Congreso, eliminar la tutela, porque esa tutela amplió los derechos de la gente, entonces ahora decimos: entonces vamos a responsabilizar a los médicos, para que los médicos no manden cosas que puedan ser tutelables. Yo quiero decirles además, señor Ministro y Congresistas, que cuando, por lo menos habla de nuestra región Caribe, en nuestra región Caribe un médico que viene de la Universidad del Norte o de la Libre o de cualquier Universidad, y preguntemos cuánto paga durante su carrera, cuanto invierte en su carrera, resulta que después que sale le toca trabajar en dos o tres centros de estos prestadores para poder ganar tres millones seiscientos mil pesos, lo cual es una aberración, porque realmente ese médico no está estimulado para desarrollar con capacidad.

Quiero terminar diciendo, quiero terminar diciendo que ante el dilema del derecho o de sostenibilidad fiscal que es otro decreto del Gobierno, que es otra ley del Gobierno, yo creo que hay que hacer prevalecer el concepto del derecho, porque a la gente no le pueden decir que ya se acabó la plata y que ya no hay más plata para poder seguir atendiendo este o aquel derecho. Les agradezco por haberme permitirme expresar estos criterio. Gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Seguidamente interviene la doctora Aidé Luz Yépez y se prepara el doctor Carlos Acosta Medina, ¿el doctor Acosta Medina se encuentra presente? ok, doctora Aidé en Representación de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar.

Representación de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, doctora Aidé Luz Yépez:

Buenos días, a nombre del Gobierno Departamental de Bolívar y en especial de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar un caluroso y muy fraterno saludo a toda la Mesa Directiva en cabeza del señor Ministro, y a toda la audiencia muy selecta a quienes agradezco toda las exposiciones porque son cosas interesantes.

Tres punticos muy exactos:

Señor Ministro, que nos preocupan a nosotros en todos los entes territoriales y especialmente en Bolívar, la falta de capacidad de sanción por parte de las autoridades departamentales y de los municipios, esto hace que nos sintamos realmente, y perdone como una frase como muy propia de acá, como unos retratos de pared cuando vemos que hay una serie de irregularidades y nosotros únicamente lo que podemos hacer es cursar denuncias escritas a los entes de control, y allí está la cantidad de denuncias a todos los actores del sistema.

Segundo punto, la inembargabilidad de los recursos, muy bien escritos ya, con mucha precisión en la actual reforma de salud y únicamente nos inquieta que esa inembargabilidad decretada por ley sea realmente aplicable, porque es que sabemos que los recursos de salud son inembargables; sin embargo, nosotros especialmente en Bolívar tenemos muchos hospitales de los cuales muchos son de baja complejidad que están colapsando por los procesos de embargos y lo que es peor que son procesos de embargo que quienes se lo aplican son unos actores fundamentales del sector como son las aseguradoras, tenemos algunas aseguradoras en Bolívar que embargos que otros entes le tienen a un hospital público ellos se lo hacen efectivo cuando todos sabemos que no es legal pero se puede hacer.

Tercer punto: resaltar, el tema de los embargos creo que nadie lo había tocado y creo que es fundamental porque sin recursos no hay nada.

El tercer punto es algo que lo tocaron, pero me parece importante reafirmarlo, el tema de la verticalidad en el sistema, ese no es un asunto de capricho, en la ley del aseguramiento y usted señor Ministro lo debe conocer mucho mejor que yo que es mucho más experto y conocedor, en la ley del aseguramiento no es factible para que sea viable el sistema la verticalidad, porque precisamente se conjuga lo que ya algunos dijeron aquí, se conjuga ser juez y parte, y se conjuga algo peor, si somos verticales, es decir si las aseguradoras son las mismas dueñas de los prestadores, lógicamente que las aseguradoras tiene que enviar sus afiliados a que sean atendidos en los Hospitales que son de ellos, tenemos ejemplos vivos que por decoro, por prudencia no voy a dar nombre, pero tenemos ejemplos vivos en Bolívar en que mientras hay una clínica privada que es de una aseguradora están llegándonos los pacientes, nos están llegando al centro nuevo de urgencia que esa clínica privada donde los están derivando está totalmente colapsada pero de la cantidad de afiliados llegados a tender que están en camillas, que están en los pasillo, que no hay dónde atenderlos; sin embargo, no llegan pacientes al Universitario, eso pacientes no lo derivan al universitario sino que lo derivan hacia allá, lo que es peor, señor Ministro, que pacientes que son atendidos en universitario del Caribe en la red pública cuando, aquí lo voy a decir también un término coloquial porque no encuentro otro, cuando ya se le atendió el chicharrón y viene la pulpita para el hospital público viene la cirugía bien el procedimiento, lo sacan del hospital público y se lo llevan para su hospital privado, lo grave de esto es que no ocurre con uno, dos o tres pacientes, lo grave de esto es que ocurre con miles y miles, y miles de pacientes y es una de las tantas razones por las que colapsa económicamente el sistema.

Y por último, los hospitales públicos, estamos diciendo aquí dijo todo mundo la importancia de los hospitales públicos y los graves problemas que tienen, si es cierto que uno de los graves problemas de los hospitales públicos es que debe tener una buena gerencia y les voy a confesar algo público aquí que ojalá no se lo digan a mi jefe porque no sé cómo lo va a entender, yo no estoy muy segura de que critiquemos al Gobierno porque, porque el nombramiento de gerentes sea a dedo, porque ese dedo puede ser entre comillas, porque en Bolívar desafortunadamente tenemos una pésima experiencia de la meritocracia y la meritocracia lejos de ser en Bolívar es coger al mejor gerente para que gerencie el Hospital se nos ha convertido en escoger el que a dedo quería colocar en el hospital público y además ahora lo colocan bajo el disfraz de la meritocracia que tiene que durar mucho tiempo.

Porque otra cosa, otra cosa, señor Ministro, o sea que de fondo lo más importante son las personas y poner unos criterios racionales para ostentar cualquier cargo, sea que se llame a dedo o sea que sea por meritocracia, pero que sea real; le insisto señor Ministro, sería muy importante para el país que se hiciera un verdadero no a la verticalidad y un verdadero no es que no lo aceptemos ni siquiera en la baja complejidad, que permitamos que la ley del aseguramiento se cumpla en nuestro sistema como debe ser, que por un lado transite los aseguradores y que por otro lado transiten los prestadores y veremos un sistema verdaderamente próspero y todo el mismo compitiendo en las mejores condiciones.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Continúa el doctor Carlos Acosta Medina y se prepara la doctora Olga Lucía Zuluaga en Representación de Acesi.

Doctor Carlos Acosta Medina:

Buenas tardes, señor Ministro, doctor Ballesteros, honorables Senadores, señor Gobernador, señores Secretarios, compañeros y compañeras, mi nombre es Carlos Acosta Represento la Asociación de Empresas Sociales del Estado de La Guajira, la Adesegua, filial de la Asociación Colombiana de Hospitales Públicos (Acesi).

Para no repetir ya los argumentos suficientemente escuchados esta tarde, queremos precisar algunos puntos que tienen que ver con nuestra realidad en el departamento de La Guajira.

En primer lugar, nuestro reconocimiento al señor Ministro por rescatar en esta propuesta de reforma elementos como el de la atención primaria en salud, las redes integradas de servicios de salud fundamentados en una participación que va desde el consejo

paterno en la casa hasta el trasplante eventual cardiaco intrauterino, que todo hace parte de la atención primaria en salud, lo que no compartimos es que ese esquema sea manejado por las nuevas Gestoras sino que debe estar en cabeza de los entes territoriales; a nuestro juicio ese esquema de organización del sistema de salud debe estar conformado de acuerdo con criterios de población, de cultura, de racionalidad del recurso, para que eventualmente podamos tener resultados en la gestión de salud en las diferentes partes, no es solamente el criterio financiero, el criterio que se le dé para evaluar las entidades, es la otra observación que hacemos, que también se incluyan los criterios de impacto en la salud pública y en la satisfacción de los usuarios para evaluar la gestión de los señores gerentes de los hospitales y diferentes gestores del sector público.

Finalmente, en aras de la brevedad, también queremos rescatar el aspecto del recurso humano, el recurso humano de la salud, es un recurso humano especial que debe estar motivado de diferentes maneras, principalmente con las opciones de actualización, de educación, de posibilidades de mejora, lo cual actualmente no existe y eso redunda negativamente en el tema de la calidad del servicio tenemos que reconocerlo, y a propósito de la calidad también entenderla en su contexto general, la calidad comprende desde la accesibilidad, la oportunidad, pero también la satisfacción tanto del prestador como del médico, del funcionario que presta el servicio, eso está incluido en el aspecto de la calidad y debe tomarse en cuenta como tal.

Y por último, un temita que no lo hemos visto reflejado en ninguno de los proyectos de la reforma, pero que en La Guajira nos afecta bastante, si bien aceptamos el nuevo modelo que sea pluricultural, que sea multiétnico de acuerdo con la concepción de la Constitución Nacional y de nuestra nacionalidad, hay que precisar un punto que tiene que ver con las instituciones prestadoras de salud de carácter indígena o las EPS I.

En La Guajira tiene un especial impacto porque ahí un articulito como siempre un articulito, de una Ley 691 que dice: Que las IPS indígenas se asimilan a las empresas sociales del Estado solamente para contratar servicios de salud, y por este articulito se están, buena parte de los recursos se están direccionando en el departamento de La Guajira, el doctor Ballesteros bien lo sabe, en los cuales vemos nosotros una proliferación de IPS indígenas sobre todo en Maicao, Riohacha, en casi todos los municipios con los cuales se está contratando no solamente las EPS y eso vale la pena aquí denunciarlo sino también entes territoriales, contratando por ejemplo el plan de intervenciones colectivas en vez de hacerlo con la empresa social del Estado lo están haciendo con esas IPS muchas de ellas de garaje y muchas de ellas que de indígena solamente tienen el nombre, entonces ese es un aspecto que también vale rescatar y tomar en cuenta en esta reforma, y dejo el espacio para que los demás compañeros que tengan que decir también lo hagan. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Le insistimos en el respeto en el uso del tiempo, el auditorio está prestado hasta la una de la tarde y debe intervenir el señor Ministro.

Representación de Acesi, doctora Olga Lucía Zuluaga:

Muy buenas tardes un agradecimiento al Senador Ballesteros, un saludo muy cordial a la Mesa Principal, al señor Ministro pro el espacio que nos dan en esta audiencia, teniendo en cuenta que ya han pasado diez audiencias y que hay puntos como lo dice el señor Ministro son temas superados, yo me voy a dedicar a puntos que de pronto no están superados y que son motivos de debate, gracias.

Básicamente si nosotros analizamos el sistema actual está lleno de barreras de acceso tanto desde el punto de vista administrativo como obviamente de en el tema de calidad, en ese orden de ideas y retomando ya incluso cosa que han dicho, como que la reforma realmente es para la gente, la pregunta incluso es ¿qué tanto necesitamos nuevo y que tanto necesitamos reglamentar?, yo en la pasada audiencia igual ya lo había dicho infortunadamente en la Ley 1438 el 56% de los artículos están sin reglamentar.

Qué se necesitan, cambios reales y cuando hablamos de cambios reales incluso en varias de las presentaciones se habló del tema y es el usuario, realmente el usuario debe ser el centro de la reforma, pero para que sea el centro de la reforma realmente debemos pensar en atención primaria, por qué en atención primaria, porque realmente da respuesta a los problemas existentes en el sector salud y afrontan nuevos retos para mejorar el tema de equidad, fuera de eso no podemos olvidar que cuando hablamos de atención primaria, la atención primaria trasciende el sector salud y de ahí que para nosotros es fundamental que el tema de atención primaria esté en cabeza de los entes territoriales, pero cuando hablamos de los entes territoriales no estamos hablando del manejo de los recursos de los entes territoriales, los recursos deben estar como lo están planteando en un fondo único y el manejo es a nivel de la planificación y la administración por los entes territoriales para todo lo que contiene, todo lo que tiene que ver con precisamente el manejo de los determinantes sociales y la conformación de redes integradas de servicios de salud, este pues simplemente es una, un bosquejo muy claro de la atención primaria de que realmente soluciona e identifica los problemas pero con la comunidad y aquí es un tema bastante importante, y es que redes no es lo mismo que redes integradas de servicios de salud, definitivamente si nosotros queremos y esperamos una implementación de la atención primaria, necesariamente debemos pasar de lo que hoy tenemos y es un caos en donde realmente el usuario sea remitido donde sea remitido debe casi que llevar la historia clínica debajo, porque no existe coherencia ni coordinación entre las instituciones a realmente un sistema coordinado de integración a través de redes, y aquí está la justificación, porque realmente atención primaria debe incluir redes integradas de servicio de salud y es realmente la respuesta de una oferta que se debe determinar de acuerdo a las necesidades de la población, por eso es que no comprendemos de cómo se habla de que se pueden implementar atención primaria sin incluir redes integradas de servicio de salud.

En el tema de prestación de servicios lo ratifico, debe estar a través de los consejos territoriales y son los consejos territoriales a través de los alcaldes los que pueden modificar determinantes sociales en don-

de es definitivamente fundamental involucrar otros sectores, es imposible delegar a una gestora, hoy EPS, determinantes sociales que no son inherentes al sector salud, y de ahí rarifico la importancia de que sean los entes territoriales en cabeza del Alcalde con sus consejos de gobierno quien realmente sean los que identifiquen los problemas de la población y obviamente entren a solucionarlo en conjunto con sus consejos de Gobierno.

Otros cambios que definitivamente se requieren y que obviamente sí requieren el tema normativo, eliminación de la integración vertical, consideramos que plantear un incremento de integración vertical es continuar con las barreras de acceso que hoy se tiene, hoy en día las mayores dificultades, si, y ratifico, una encuesta que tiene clínicas y hospitales, en donde la mayoría de los usuarios de régimen contributivo se van es por urgencias porque no hay oportunidad en consulta externa, realmente si nosotros aumentamos la integración vertical estaríamos aumentando las barreras de acceso incluso ya para el segundo nivel de atención porque con el proyecto se incrementa.

Eliminar compraventa y de servicios, definitivamente somos unos convencidos que si queremos implementar salud pública no podemos meter, colocarla al libre mercado en donde sabemos que ir a dos horas, a tres horas muchas veces en chalupa, o muchas veces en avión a prestar un servicio de vacunación o una citología eso no es rentable, y si realmente queremos que independiente de la rentabilidad, la población realmente tenga acceso a los servicios de salud, debemos es eliminar esa compraventa de servicios, garantizar los costos fijos de operación y esos costos fijos de operación incluyen obviamente el personal e implementar indicadores, no financieros como los tenemos en estos momentos a los hospitales públicos sino indicadores realmente de gestión del riesgo en donde al sistema y a los prestadores se les pague por tener la población aliviada, y no como lo dijeron incluso ahora que nos pagan es por tener la población enferma.

En propuestas generales, básicamente hay cambios estructurales que se deben generar como es en el tema de rectoría del sistema, se está planteando y ahí pues de hecho se eliminó el tema del Consejo Nacional de Seguridad Social, consideramos que debe volver el Consejo Nacional de Seguridad Social para que esa rectoría tenga participación de varios de los actores, el fondo único estamos de acuerdo con él pero debe incluir también en su conformación, sociedad civil y organizaciones sociales, si existen Gestoras consideramos que estas no deben ser las que manejen los recursos, definitivamente deben tiene un papel más de auditoría que de manejo de recursos y menos obviamente pensar en que haya excedentes en donde ellas tengan acceso los excedentes y donde esos excedentes y donde esos excedentes son producto de negación de servicios y de barreras de acceso que es lo que hoy tenemos, y fortalecimientos obviamente de entes territoriales, porque para que cumpla su función necesitamos, no podemos desconocer que hoy los entes territoriales sobre todo categorías 4, 5, 6 no tienen capacidad administrativa para responder a las funciones que ya están delegadas de acuerdo a la 715.

En inspección, vigilancia y control, para terminar, realmente consideramos señor Ministro que el proyecto es muy débil, y es muy débil en inspección vigilancia y control, porque infortunadamente a pesar de la 1438 que habla y que fortaleció incluso económicamente a la Superintendencia, esta no se ha descentralizado, pero fuera de la descentralización es muy importante que queden claras estipulaciones de las sanciones, porque es que en la forma como está redactado el proyecto deja a voluntad de quien esté en la cartera y en una forma subjetiva entonces que emitan las sanciones, entonces encontramos artículos como podrá o dependiendo, uno no sabe cuántas veces podrá infringir la norma para que exista una sanción y las sanciones no son claras; consideramos que en el tema de sanción, sancionatorio debe estar estipulado claramente en qué temas o cuándo se pierde la habilitación y no es lógico que el mismo proyecto hable casi como que permita a los actores algunos incumplimientos cuando infortunadamente de eso es lo que estamos llenos, de incumplimientos.

En el tema de talento humano, consideramos que debe existir un contrato de trabajo con una vinculación estable y digna, pero ese contrato igual, debe ser coherente con las políticas que genere el Ministerio de Salud y cuando hablo de políticas coherentes es que si logramos que se garantice realmente un per cápita para la baja complejidad y salud pública, la contratación debería ser de planta, no es lógico y es imposible hablar de atención primaria en contratos que empiezan en febrero y terminan en noviembre porque ya no existen presupuestos en la mayoría de las entidades territoriales para precisamente estas actividades de salud pública.

Finalmente, en lo que tiene con Empresas Sociales del Estado ya específicamente, es importante que se reglamente al Ley 1438 en lo concerniente a política hospitalaria, hay muchos temas que faltan por reglamentar como es el tema de oferta pública que no la tenemos reglamentada, apenas está saliendo lo del pasivo prestacional, entonces es muy complejo que estén las normas pero que aún no se reglamenten.

Y el tema de meritocracia, con relación a los gerentes, yo pienso que cuando uno tiene una dificultad, tiene que afrontar las dificultades, y no generarle el quite, me van a perdonar el ejemplo que voy hacer acá, pero lo que nosotros encontramos es que cuando se encuentra a la esposa con el otro y está en el sofá, en este momento estamos vendiendo el sofá en vez de buscar soluciones de fondo, y eso es lo que está pasando con el tema de meritocracia, encontramos que en algunos sitios y partes están encontrándose infortunadamente no transparencia en los concursos y en vez de fortalecer los concursos y garantizar realmente que exista meritocracia, es casi como que estamos diciendo que es imposible garantizar meritocracia en este país y que definitivamente debemos vender el sofá y entregar definitivamente las gerencias al tema político, con un agravante, pero no es solamente o no es el hecho de que sea elegido por alcalde o gobernación, porque tenemos muy buenos alcaldes y muy buenos gobernadores, pero no podemos definitivamente desligar el tema que bien con el tema político y lo que es peor, el libre nombramiento y remoción, convertir a los gerentes en libre nombramiento y remoción, es convertirlos en secretarios de despacho, y secretarios de despacho es de un año máximo dos, casi nunca cuatro, quiero decir volvernos totalmente incompetentes.

Finalmente, independiente de lo que genere la reforma y se lo hemos dicho en varias ocasiones al señor Ministro, necesitamos cosas para el ya; una, garantizar acceso real a los servicios de salud, qué va a pasar con la población de entidades que están intervenidas o lo peor, que no están intervenidas pero no tienen contratos, se lo hemos dicho en varias ocasiones, el 90% del país no tiene contrato entre las EPS del régimen subsidiado y las empresas sociales del Estado y fuera de eso qué va a pasar con las deudas, empiezan algunas liquidaciones, pero que va a pasar con los que nos deben y lo peor ojalá, que nos lleven a nosotros también a la crisis, a una crisis más honda que la que en estos momento estamos. Gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Interviene el doctor Juan Carlos Giraldo en representación de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y posteriormente el señor Ministro de Salud.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, doctor Juan Carlos Giraldo:

Bueno señoras y señores, muy buenas tardes, señores Congresistas, señor Presidente de la Comisión Séptima, señor Ministro, señores y señoras del sector Salud.

Yo voy a tratar de aprovechar estos minutos y bajo esta metodología diez minutos diez ideas, voy hacer unos comentarios globales sobre lo que nosotros percibimos sobre el sistema de salud.

La primera idea es una idea de contexto, creemos nosotros que es más que justificada la presentación y trámite de una reforma al Sistema de Salud, creemos además que es el momento, esos dos conceptos tienen una relación absoluta con la situación que estamos viendo con los pacientes nuestros en los servicios de urgencias, en la hospitalización, en el día a día del sistema, si este es un sistema fallido, creemos que es el momento de avanzar hacia un nuevo sistema y tomar las decisiones que se requieran para conseguir los objetivos del sistema, creemos y lo hemos dicho en otras audiencias, debe ser una reforma con mecanismos sencillos, sencillos no es simplista, y con mecanismos inteligentes, es decir que repare lo que no funciona y no que arreglen lo que no se ha dañado, y además creemos que la reforma debe ser impulsada desde el alto Gobierno y por eso celebramos al presencia del Presidente en el lanzamiento de este proceso pero invocamos la presencia de la mano Presidencial a lo largo de todo el proceso, pero además decimos que esta reforma si bien debe ser impulsada desde arriba, tiene que ser sostenida desde la base social, por eso en hora buena por toda esta interlocución, con la sociedad colombiana a través de estas audiencias públicas, si esto no tiene conversación y diálogo social, no va a ser una reforma legítima y no va a ser un sistema legítimo en el futuro. Termino esta idea de contexto diciendo que, la reforma al sistema de Salud es un imperativo de la sociedad colombiana.

El segundo punto, una idea de orientación, creemos nosotros desde el gremio de los hospitales y las clínicas que esta reforma como ha sido presentada hasta el momento, inicialmente le concedemos nosotros la definición de que es una reforma en el sentido correcto y no es un percepción sin ninguna justificación, creemos que nos basamos para decir que va en el sentido correcto en dos argumentos grandes:

Primero, apunta a resolver grandes problemas y segundo, crean nuevos mecanismo, entonces, si el problema es que hay enormes costos de transacción, enormes costos de administración, corrupción al interior del sistema, no hay flujo de recursos, creemos nosotros que eso se puede reparar haciendo una centralización en un recaudador y pagador único, una seña de que eso funciona es lo que ustedes ven hoy en el régimen subsidiado con el giro directo.

Entonces, todos los argumentos que dicen que no funcionó, ya se está demostrando se ha hecho la prueba piloto de manera accidental en el país y se demuestra que sí funciona.

Segundo, si el problema era que había mucha fragmentación, que había parcialidad en la prestación de los servicios, que había zonas grises, esa presentación de un plan que se denomina mi plan que acepta que incluye todo lo no pos, y que va a tener los elementos suficientes para tratar todas las patologías, creemos nosotros que es un avanzar en el sentido correcto; lo mismo creemos nosotros que para controlar o cambiar eso que tenemos en Colombia, que es un falso aseguramiento, el avance hacia una verdadera administración cambiando el rol de esos papeles, de esos agentes intermedios y convirtiéndoles en administradores regulados o en gestores es un paso en el sentido correcto, lo mismo que no sepa las entidades territoriales cuál es su rol, en asuntos como el de la Salud pública es uno de los puntos que más problemas a generado en este país, esa zona gris en las competencias especialmente en la salud pública y la salud colectiva, por eso el avance hacia un sistema donde hay áreas sanitarias, donde hay áreas de gestión sanitaria, creemos nosotros que es un avance, lo mismo que para esta transición y esa pérdida o despojo de recursos que se ha tenido en el país, que ustedes las conocen expresadas a través de enorme carteras hospitalarias la creación de ese fondo de garantías que hay en algunos de los artículos del proyecto de ley creemos nosotros que es un paso en el sentido correcto.

En tercer lugar, tenemos eso si a pesar de que reconocemos que es el momento, que es necesario y que hay una orientación en el sentido correcto, creemos que hay unas cosas que hay que cambiarle a este proyecto de ley, por eso tenemos también ideas de cambio o sugerencias en el primer capítulo que es el de las generalidades, celebramos que se hable de la integralidad, pero creemos, y lo he dicho siempre como un mantra en estas audiencias públicas, le cambio todo los principios de ese proyecto de ley por el principio *pro homine*, sé que ya lo están trabajando y en el proyecto de ley estatutario lo están incluyendo, les leo a ustedes que es el principio *pro homine*, el sistema garantiza que las autoridades y demás autores adopten la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho a la Salud de las personas. Con eso, miren ustedes que hay esta progresividad, integralidad, no fragmentación, humanismo, eso es lo que tiene el principio *pro homine*, por eso nosotros creemos que debería estar, bueno ojalá estuviera en el ordinario, pero si ya lo están reparando en el estatutario nos parece un avance significativo.

En el capítulo dos, creemos que es positivo que se cree el Fondo Salud Mía, pero le decía en otra audiencia pública, hay que limpiar todas esas funciones, debería tener esas funciones de recaudo, pago y reaseguro, el resto son procesos transversales, eso hay que limpiar esa redacción, pero en lo que sí tiene sustantivamente que mejorar es en el Gobierno de Salud Mía que ha generado muchísimo ruido en todo el país, creemos nosotros que si constitucionalmente no se puede tener a una Contraloría allí en el órgano de dirección, por lo menos si podría haber una junta de vigilancia adyacente a ese órgano de dirección de Salud Mía donde este Contraloría y donde haya veeduría social o participación social.

En el capítulo tres, que es del plan, nosotros celebramos que se avance en incluir lo no POS y que se diga se declaró de manera expresa que esto va a ser un plan para todas las patologías, eso es un avance sustantivo para superar lo que tenemos hoy, pero, donde biene el pero, en algo señor Ministro que usted tiene que definir bien y que lo he dicho repetidamente, no pueden quedar sitios de la norma que sean a la libre interpretación de los agentes; por eso los criterios de exclusión no pueden ser ambiguos y se tiene que definir o se tiene qué eliminar esa terminología de intervenciones cosméticas, suntuarias y pertinencia clínica, eso se tiene que definir bien o se tiene que quitar porque de allí se van a pegar los eventuales administradores del sistema para empezar a negarle cosas a la gente y repetir lo que tenemos en este sistema.

En el capítulo cuatro, es positivo que la salud pública sea asumida por los entes territoriales, eso es la lógica, eso es volver a juntar a la población con el territorio, cosa que nosotros avanzamos en todos estos años por unos territorios virtuales que eran más bien, que correspondían a los territorios contractuales que tenían las EPS, eso es un absurdo que creo fragmentación en la atención de la población, volver y recoger, inicialmente en salud pública el tema con las entidades territoriales es un avance sustantivo, pero lo que tiene que corregir es el tema de las redes, dependiendo de los gestores, se lo hemos dicho, creemos que los gestores deben tener un papel de qué, de administradores puros, no pueden ser los dueños, de pronto podrían contratar de acuerdo a un proceso de libertad de escogencia importante, pero no pueden ser los dueños.

También tenemos ideas de corrección, la cuarta idea, hay que corregir el papel de los Gestores y lo resumo en una frase, usted tiene que definir cuál es ADN del Gestor, porque aquí tenemos una duda, es como un híbrido, puede ser, en algunas alocuciones, he oído de que se habla de que es un asegurador con un administrador, en otras que es solo un administrador, en otras incluso hablan que es solo un auditor, creemos nosotros que debe tener claridad en ese papel y esas diecinueve funciones se tienen que limpiar, nosotros preferiríamos para el país que fueran un administrador puro, y entonces usted con ese sabría que los remunera con una taza de administración fija y de pronto un variable por buenos resultados en términos de salud, pero nunca derivados de ahorrar UPC o gastos sanitarios para tratar de hacer excedentes, creemos que eso es un puerto dramático en la ley que se tiene que mejorar.

Tenemos también ideas de supresión, es decir, hay cosas que ni siquiera se pueden reparar con un cambio de redacción y tengo dos ejemplos para ese punto, señor Ministro, uno que usted no lo ha oído reiteradamente, que es el tema de la integración vertical, integración vertical debería ser superado en este país, y que en el sistema siguiente tengamos papeles puros de cada uno de los actores, que no haya estos puntos de interacción o de traslape de funciones; por eso nosotros creemos que para debatir ese tema que usted ha convocado o quiere convocar a un debate técnico, yo creo que los grandes insumos no tienen que salir de otras industrias o de otros países; simplemente, señor Ministro, con mirar el caso colombiano, mirar todo lo que ha pasado aquí con respecto a los temas de calidad, de libertad de escogencia, de conflicto de intereses, de corrupción, de recobros sobre oferta redundante en los sitios que no se necesita, nosotros creemos que ahí tiene usted un set de ideas o de orientaciones para conseguir toda la evidencia del caso Colombia de integración vertical de los últimos veinte años.

Nuestra conclusión en ese punto es cero integración vertical, que cada uno haga lo que sabe hacer, lo mismo con el tema de la mezcla de los seguros privados, creemos que es una buena idea, uno tiene una buena intención pero sería mucho mejor que no estuviera todo ese capítulo que es el capítulo, creo que es el capítulo seis, donde se mezcla los conceptos de gasto de bolsillo, público y obligatorio con el parafiscal, con el privado y el voluntario, creemos que esa es una situación muy difícil de manejar, entendiendo que es de buena intención.

Tenemos ideas para analizar, señor Ministro, donde usted tiene buenas intenciones y señores Congresistas, buenas intenciones en el texto pero de pronto la lectura o la conclusión final del desarrollo de esos textos no va a ser positiva, ejemplo, la inspección, vigilancia y control donde se avanza hacia los procesos de oralidad, sabemos que eso va a generar celeridad, pero ojo con el debido proceso, nos preocupa mucho, con una Superintendencia tan débil, y tengo que hacer un comentario que es duro ahí en este punto; mire: no pierda la oportunidad de tener de verdad una Superintendencia de centralizada, nosotros nos hemos ido por unos híbridos donde se quedan un concepto que es farragoso que es la desconcentración, eso no sirve, cuando usted tiene por ejemplo entidades territoriales que ya son dueñas de EPS o de pronto de nuevos gestores como es en Antioquia, Sabia Salud, usted no puede permitir que allá la entidad territorial que también es dueña de la EPS sea la que haga inspección vigilancia y control, tiene muchos conflictos de intereses, tenga una Superintendencia que allá tenga asiento, que sea descentralizada y que pueda hacer las veces de juez, que sea una contra parte, no que sea una partecita social y la otra partecita vigilante, eso no funciona, aproveche el espacio de inspección vigilancia y control para tener descentralización en la Superintendencia.

Con respecto a las transiciones, la intención es buena; hombre, hay que hacer un proceso detenido, depurado bien hecho, sí, pero conocemos este país, y lo que yo le ha dicho reiteradamente, dos años se termina de llevar lo poquito que queda de este sistema de salud, la transición tiene que ser breve, tiene que ser corta, con unos procesos macro bien dirigidos,

lo mismo que el tema de saneamiento de deudas, no puede ser que en la ley aparte de que ya tienen una cartera tan antigua, usted en los textos les está dando más plazo para ese saneamiento de las deudas, yo creo que eso no es justo, eso debería ser inmediato.

Con el fondo de garantías que están en el capítulo de disposiciones finales, estamos poderosamente de acuerdo con el fondo de garantías, es una buena intención, pero claro tiene que limpiar la redacción para que algunos apartes que dejan duda sobre la eventual participación del Gobierno a salvar EPS queda absolutamente claro que no es así, esto es para salvar a la red hospitalaria pública y privada que prestó los servicios y a la cual le tienen unas enormes deudas; le he dicho, la DIAN debería ser al garante de ese proceso y esto sería un proceso de sesión de cartera o de Factory, donde a los hospitales a través de los dineros de este fondo les restituyen la liquides y al DIAN o el organismo encargado van y le cobran a los que originalmente tiene la deuda, seguro que si es la DIAN la que está de por medio no les hacen tanta bromas, ni los llevan a tantas aclaraciones como nos llevan a nosotros.

Señor Ministro, nombramientos de gerentes, hay que encontrar un punto intermedio, pues yo sé que eso es una frase de cajón pero en realidad, yo creo que si se puede, usted tiene que mantener los principios de la meritocracia y aceptar o entender que hay unas lógicas políticas regionales, cuál sería la salida, yo creo que debería haber un concurso nacional para generar una gran lista de elegibles y después de que se genere esa lista de elegibles ya las autoridades locales puedan exigir como uno de los requisitos para que efectivamente se posesione quien ese sujeto que está allí aspirado a ser director este en la lista de legibles y haya pasado en consecuencia el examen; lo otro es generar un esquema de acreditación de las entidades universitarias que van a hacer los concursos de selección, para que no nos vuelva a pasar los que nos pasó en esta, en el país, que haya unos acreditados y que sean tres o cuatro no más, grandes y estrictos, y ojalá que tuviera hospitales universitarios ellos mismos para mostrar que sí saben gerenciar, que eso es una de las paradojas que uno encuentra en estos procesos.

Ya voy a terminar doctor España.

Mire tres ideas finales, hay que tener un set de ideas para complementar el texto, lo he repetido, tres cosas grandes le faltan a este proyecto: atención primaria en salud y lo he repetido, debe haber, debe ser la atención primaria en salud parte integral de este, de esta ley para que la gente pueda tener en un solo texto y pueda entender de qué se trata el sistema de salud en Colombia, para que usted tenga calidad de que cuáles son los componentes de este sistema, porque o sino nosotros vamos a quedar, esto va a hacer un proyecto cojo, creemos que atención primaria en salud es la base de mantenimiento del sistema, se lo decía yo hace poco, si la ecuación es que tanto los preocupa, sobre todo a ustedes los economistas, el tema de costos es igual a frecuencia pro precio, la variable frecuencia no ha sido bien tratada en el país, sea a tratado de disminuir a punta de barreras de acceso y otras medidas; la manera noble de contener la frecuencia de uso es a través de atención primaria en salud, ese punto hay que meterlo en el proyecto de ley, lo mismo que los RIS, la redes integradas de servicio de salud, pero con autodeterminación de la red y un mejoramiento en el tema de gobernanza, si creemos que ustedes como Gobierno acumulan mucho poder en este proyecto de ley, por eso hay que tener una nueva rectoría y le aseguro que toda esta gran conflictividad que hemos tenido en los últimos años va a tener allí una válvula de escape y usted va a tener si bien, es un esquema de pesos y contra pesos y a veces exige un desempeño mayor y más fuerte del Gobierno, va a tener allí en una misma mesa sentados a muchos representantes que le pueden a usted dar un mensaje mucho más cerca inmediato de lo que está pasando en el sistema.

Además, esa parte le puede servir a usted de interface con el proyecto de ley de ANSA el proyecto de Ley 233 habla de la creación de un nuevo consejo nacional de seguridad social, ahí usted encontraría el eslabón perdido entre los dos proyectos.

Una idea de orden, no se nos puede olvidar, tiene que haber una secuencia, si estamos mirando la reforma pero hay dos cosas que no se pueden olvidar, resolver la crisis y hacer una transición inteligente, en la crisis volvemos a decirlo señor Ministro, el problema grande de flujos de recursos lo podría usted resolver por lo menos hacer que no se empeorara en este interregno si hace giro directo completo en régimen subsidiado y en régimen contributivo, ese mecanismo lo tiene usted en la mano y lo consiguió en la ley 1608; lo mismo el PIPE, ese plan para la productividad y el empleo, debería tener un capitulo para el sector salud o para el sector hospitalario, darle un estartaso nuevamente a este sector.

Hay que tener finalmente, dos ideas, una idea de pragmatismo o de grandeza al final de todas estas discusiones, mire, la gente está sufriendo, y como lo decía, como lo parafraseaba el Senador Ballesteros, esto más que hablar sobre mensajes de urgencia, hay que de verdad imprimirle sentido de urgencia al trámite de esta reforma, porque la gente está sufriendo, por eso nos preocupa mucho que haya conflictos innecesarios alrededor de este proceso legislativo, les queremos hacer un llamado desde la sociedad civil, desde las instituciones tanto al Poder Ejecutivo como al Legislativo para que tenga grandeza, para que la sigan demostrando y para que a pesar de esos conflictos que se generan en el día a día, siempre sea el ciudadano el punto número uno de discusión y que el ser humano sea el eje de este modelo, entiendan una cosa, si este proceso se cae muy posiblemente nuestra generación ya no va a ver el cambio, nos tocara seguir con el sistema de salud que tenemos en la defunción que tenemos, pero miren al final del día solamente hay dos grupos que ganan, uno que lo he querido llamar los pérfidos, los pérfidos son los que aparentan mostrar una cosa, pero en realidad son otra, que están muy cómodos en el estatus quo de hoy y que han causado esta debacle que tenemos, esos son los que ganan, donde este proyecto de ley se quede, se caiga, porque ellos van a mantener sus privilegios; y dos, un segundo grupo que veo que crece día a día que es, el de los expertos en crisis, claro si al experto en crisis le acaban la crisis, pues se quedó sin trabajo, ojo con eso, y mi comentario final es una, como estaba hablando de ideas, es una idea onírica porque no le encontré otra denominación, es decir una ilusión o un sueño, el Ministro es reiterativo en decir que aquí hay fracasomanía, es decir, no sirvió

lo pasado ni sirve lo presente ni va a servir ninguna de las soluciones al futuro, pero yo le agregaría una cosa, es que nosotros muchos no me cuento yo ahí, pero muchos tiene una visión miserabilista del país que tenemos, nosotros tenemos la posibilidad y por qué nos negamos a la posibilidad de soñar con tener el mejor sistema de salud del mundo: tenemos financiación, tenemos instituciones, tenemos capacidad técnica e intelectual de la gente que trabaja en el sector de la salud, por qué no lo podemos lograr, aquí lo que nos a pasó es que siempre hemos dicho, a es que somos colombianos, somos un país pobre, un paso de ingresos medios, antes es que es mucha gracia lo que tenemos con tan poquito, no, nosotros deberíamos dar un cambio en el chip, en la cabeza y pensar que podemos ser ejemplo mundial cambiando estas cosas en estos momentos y diseñando un sistema de salud que cumpla con objetivos de verdad para la población. Muchas gracias.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria:

Qué dijeron que si el hombre ya está listo para lanzarlo no.

Bueno muy buenas tardes a todos, complacido de estar aquí, muchas gracias por el buen recibimiento, la atención, estoy acostumbrado como profesor a dar clase a esta hora, sé que es difícil, aspiro a mantener la atención por lo menos por quince, veinte minutos, muchos gracias a los Senadores, al Senador Ballesteros, Senador Correa, Senadora Teresita, muchas gracias por la labor denodada y por la compañía de lo que el Senador Ballesteros ha llamado la vuelta a Colombia, audiencia número once (11), Representante Zabaraín, muchas gracias, también por la compañía, la Comisión Séptima de Cámara también tendrá que ser un protagonista de esta historia, decano Vaquero muchas gracias por la compañía y la hospitalidad.

Voy a hacer cinco puntos, se me olvidó a quién, a Álvaro Aston, bienvenido por aquí, usted llegó en el momento preciso hermano. Quiero hacer cinco puntos rápidos, y quisiera doctor Juan Carlos empezar con un pequeño paréntesis para hacer una ilustración de esa expresión que usted uso, fracaso manía, es una expresión que tiene algo que ver con nuestra historia intelectual se la invento por allá un economista que vivió en Colombia en los años cincuenta, casualmente murió hace unas pocas semanas, Albert Giheman paso tres años en Colombia, la experiencia colombiana le permitió escribir uno de los libros más importantes sobre el desarrollo económico, y allí observando la realidad colombiana dijo, los colombianos sufrimos de fracaso manía, y eso quería decir una incapacidad para reconocer los logros sociales y lo bueno que tenemos y para caer básicamente en esa lógica del fracaso permanente, y quiero aprovechar esa expresión para no sacarme un clavo pero si decir algo sobre una pieza periodística que yo creo que está teniendo impacto sobre la reforma, fue escrita por un periodista, un hombre bueno de este país, don Juan Gossaín, una crítica a la reforma, tiene algunos elementos importantes pero si ustedes la miran y la leen con cuidado y la subrayan se dan cuenta que está animada por la lógica de la fracasomanía, empieza criticando la participación privada en el sector salud, los que uno podría llamar las EPS, pasa a criticar al participación del sector público, habla primero mal de la descentralización de las entidades territoriales y termina hablando mal del Gobierno Nacional central, lo privado no le sirve, lo público no le sirve, lo descentralizado es malo, lo centralizado es peor, yo decía jocosamente que vamos a tener que contratar extraterrestres para administrar nuestro sistema de salud.

Entonces así bajo esa lógica va hacer difícil buscar soluciones, el mismo Giheman tenía una frase, decía: el cambio social tiene que estar imbuido en la lógica del posibilismo, salidas posibles que son necesariamente imperfectas, porque no tenemos instrucciones perfectas ni las vamos a tener, y esa es la idea con esta reforma, posibilismo, mejorar de manera importante la realidad de Colombia y salir un poco de esa lógica de la crisis permanente, que es paralizante y en ultimas perjudicial.

Dicho esto quisiera hacer otro punto antes de mostrarle los cinco puntos y tiene que ver con este proceso, esta es la audiencia pública número once, tendremos catorce, yo me atrevería a decir que esta es la ley que más se ha discutido en la historia reciente de Colombia, hace poco hablaba con mi colega el Ministro de Hacienda y le pregunté cuántas audiencias públicas se hicieron para la Reforma Tributaria que aprobó el Congreso el año pasado y me dijo algo así como seis o siete, aquí vamos a tener el doble. Pregunté hace poco cuántas audiencias públicas tuvo la Ley 1122, me dijeron tres, la 1438 tuvo unas mesas en Compensar, no tuvo la vuelta a Colombia, entonces este es un proceso participativo y de verdad y les voy a dar una lista no exhaustiva de cómo estas audiencias públicas están impactando y van a impactar en el trámite de este proyecto. Entonces, hay quejas de ustedes, cierto escepticismo sobre estos procesos, pero créanme que nosotros cuando decimos que esto es una construcción colectiva estamos siendo sinceros y queremos que esto sea eso, porque estamos convencidos de otro lado que es sin legitimidad, esta ley no va a tener impacto, entonces con las audiencias queremos no solamente construir colectivamente y mejorar la propuesta del Gobierno, sino hacer de esta una propuesta legítima, que de alguna manera ante los ojos de los ciudadanos se vea como una intención no perfecta pero sí legítima de mejorar nuestro sistema de salud.

Me voy a seguir quejando, voy a decir otra cosita que se me acaba de ocurrir, en estas audiencias públicas finalmente yo hablo media hora, cuarenta minutos, en algunas un poco más cuando me emociono, hay por ahí ocho, nueve horas de grabaciones, los medios de comunicación han sacado a la luz pública diez segundos de lo que he dicho; uno, donde me quejaba de manera tal vez jocosa en las dificultades y las complejidades propias a la administración de la salud, y otra donde decía algo de la necesidad imperiosa en su momento de que los proyectos de Reforma Estatutaria y proyecto de Reforma Ordinaria tuvieran cierta congruencia o coherencia, de ocho horas veinte segundos y eso ha sido lo que ha sido reportado por los medios de comunicación. Yo sé que hay cierta frivolidad del mundo con lo que no vale la pena luchar, hay cierta, como diría algún social por ahí perdido, inevitable la levedad de la televisión y los medios de comunicación, pero yo creo que si es paradójico que todo este proceso que hemos hecho en todo el país lo único que haya llamado la atención de los medios de comunicación son veinte segundos y reportado fuera de contexto. Bueno ya no me quejo más.

Los cinco puntos, quiero mostrarle los debates que se han superado y cosas en las que hemos venido mejorando de manera sistemática este proyecto de ley.

Hubo un debate inicial interesante sobre si la salud es un derecho fundamental, porque partimos en la reforma diciendo, es un derecho prestacional y no lo hicimos con ninguna mala intención. Estuvimos hablando con el Magistrado Humberto Sierra y él nos decía una cosa interesante, la salud es las dos cosas, es un derecho fundamental pero también es un derecho prestacional, una no excluye la otra; es prestacional porque el derecho tiene que materializarse en la forma de prestación de servicios y siempre dijimos la Reforma Estatutaria se enfoca en la salud como derecho fundamental porque está hablando del que, la definición del núcleo del derecho, mientras que la Reforma Ordinaria se enfoca en los aspectos más prestacionales, en el modelo, en lo que nosotros llamamos el cómo, basados en esa lógica dijimos: vamos a hablar de derecho fundamental en la estatutaria y hablaremos de derecho prestacional en la ordinaria, esa diferenciación fue basada en esa interpretación con buena fe, pero eso creó confusiones ante la ciudadanía y para muchos tal vez con un exceso de suspicacia, dijeron el Gobierno está negando que la salud es un derecho fundamental; en ningún momento y en la ponencia que ya estamos elaborando con los señores Senadores volveremos a reiterar que la salud es un derecho fundamental y lo reitero aquí con vehemencia, asunto superado creo yo.

También hubo un debate sobre la naturaleza de los recursos públicos donde nosotros tratamos de decir algo obvio, ahora pensaba un poco en que no hay nada más polémico que lo obvio, y tratamos de decir lo siguiente: los recursos están acumulados en Salud Mía, no van a pasar por los gestores de servicio de salud, van ser girados directamente a los hospitales públicos y creímos que para evitar confusiones y para clarificar nuevamente un punto que es complejo, es cuándo los recursos dejan de ser públicos, porque en algún momento lo tiene que hacer, no puede ser que uno se lo gire a los hospitales, los hospitales a los trabajadores, los trabajadores van a comprar a la olímpica, la olímpica le paga a sus proveedores y los recursos siguen siendo públicos, ¿eso sería absurdo?, no, en algún momento tiene que dejar de serlo, dijimos pueden dejar de serlo cuando se giran a los prestadores, nos aprecia que era algo lógico, pero eso quedó por allá en una frasecita medio perdida en el numeral x del artículo cuarto, y se restó todo tipo de malas interpretaciones; la gente diciendo, ustedes están privatizando los recursos, no los estamos privatizando, vamos a borrar ese numeral x del título cuarto y vamos a clarificar esto como tiene que ser, fue dijéramos si se quiere, yo no lo llamaría un error de redacción pero sí un punto que quedó mal puesto en el proyecto original, pero yo creo que es un debate superado.

También es un debate superado el tema de la tutela, yo quiero ser enfático nuevamente, aquí no estamos tocando la tutela, no lo podemos hacer y no lo queremos hacer, estamos llegando a un acuerdo rápido sobre el tema de la participación, ya tenemos participación de entidades territoriales, en el fondo Salud Mía y a mí cada vez me suena más la idea de revivir algo parecido al Consejo Nacional de Seguridad Social, yo creo que llegaremos a acuerdos rápidamente en ese sentido, tenemos que definir claramente las funciones, pero yo creo que ese argumento que hizo el doctor Giraldo y que se ha hecho en muchas instancias y es que en ese consejo históricamente se dividieron muchas de las diferencias y sirvió como una válvula de escape y la pugnacidad que hemos tenido en los últimos años en este sistema es producto de válvulas, de la ausencia de esa válvula de escape es un buen argumento.

Quiero hablar ahora de otro tema, que también va a impactar de manera importante la ponencia que estamos trabajando con los señores Senadores en ese tema, y es el de los capítulos nuevos, cosa que nos quedaron y que ahora van a aparecer, y voy a hacer una reflexión en unos minutos sobre por qué no quedaron, vamos a tener un capítulo de salud pública, vamos a tener y estamos trabajando con los señores de la Federación de Departamentos, es un capítulo de atención primaria en salud, vamos a tener en eso, Fernando, un capítulo sobre recursos humanos en salud, y que quisiera enviarle para que usted lo mire y nos haga recomendaciones, como se lo dije hace un rato, me gustaría si podemos incluir algunos artículos sobre los hospitales universitarios, también estamos dispuestos a hacerlo, doctor Juan Carlos vamos a mejorar el artículo del Fondo de Garantías, yo lo llamaría el 'Fogosa', el fondo de garantías de la salud, estamos trabajando con el Ministerio de Hacienda al respecto, para de alguna manera utilizar en el proyecto de reforma a la salud la experiencia que acumuló el país en los años noventa con el fondo de garantías financieras Fogafín, y ahí vamos, a creo, que mejorar de manera importante la ley.

Tenemos eso sí y este es mi tercer punto, debates pendientes urgentes, difíciles y yo quisiera resumirlos sin ser exhaustivo, en cinco puntos, cinco puntos donde tendremos que tomar decisiones, donde seguramente no nos vamos a poner de acuerdo, ustedes han visto aquí que los aplausos están divididos en ciertos temas.

Uno de ellos es la descentralización y en la descentralización estoy hablando dijéramos de dos artículos que han sido producto de polémicas en los últimos días; uno, que así entidades territoriales puedan jugar el papel de administradoras o gestoras de servicio de salud, en particular del régimen subsidiado, eso genera inquietudes, ha generado polémica, tendremos que dar el debate dijéramos en el Congreso de la República.

Otro que ha sido fruto de aplausos mezclados esta mañana y es lo que pasa con el nombramiento de los gerentes de los hospitales públicos, donde usted doctor Juan Carlos evade el debate diciendo tenemos que lograr que un punto medio, un punto de equilibrio, doctora Olga Lucía, creo que usted se equivocó con el símil aquí, esto no es el tema del sofá, esto es el tema como de legalizar el matrimonio.

Yo vería de la siguiente manera, y yo creo que la polémica es interesante porque en el fondo es una polémica sobre el papel de lo que un economista llamaría los mercados políticos, y vamos a confiar en la descentralización de una vez por todas o no, si uno confiara en la descentralización diría los mercados políticos funcionales y van a ir funcionado gradualmente, y tendremos cada vez mejores gobernantes o mandatarios locales, uno debería entregarles a esos

mandatarios locales estrategias para lograr su gestión, y ellos deberían, parte de su gestión importante es la gestión en salud, la ciudadanía les está reclamando resultados, ellos tienen que rendirles cuentas a las ciudadanos de manera sistemática.

Uno podría decir, estos señores tienen que tener herramientas a su alcance, no podemos pedirles resultados y amarrarles las manos, eso sería contradictorio como sociedad, si confiáramos en la política no estaríamos discutiendo ese punto aquí, creo yo. La meritocracia es un nombre elegante para disfrazar nuestra desconfianza lógica en lo que pueden hacer esos mandatarios territoriales, es quitarles a gobernadores y alcaldes ciertas decisiones, no nos digamos mentiras, es sustraer de la política algún punto esencial, eso pasa en la economía, por ejemplo cuando uno sustrae de la política la política monetaria, entonces tiene una junta del Banco de la República Independiente porque no quiere entregarle a los políticos la facultad de imprimir pesos, porque lo harían estratégicamente para ganar votos.

Queremos quitarles o quitar de la política el nombramiento de los gerentes, que es una pregunta difícil, creo yo, y lo que hace la reforma es decir tarde o temprano vamos a tener que confiar en la descentralización porque este proceso no tiene marcha atrás, y el cambio social en Colombia va a depender tarde o temprano de que la descentralización funcione, y si seguimos simplemente desconfiando de ella sistemáticamente y tratando con medidas un poco *ad hoc*, de quitarle campo de acción a los políticos de pronto no vamos a resolver los problemas y los vamos a perpetuar, esa es la filosofía, el espíritu, lo que hay detrás de decir confiemos, y si quiere les confieso algo, en siete, ocho meses largos que llevo aquí en el Ministerio mi interacción con muchos de los gobernadores y algunos de los alcaldes de este país, me ha mostrado que el cambio social en Colombia se está dando así en algunas regiones, y que a pesar de los problemas y la desconfianza muchas veces justificada aquí tenemos buenos políticos tratando de hacer las cosas en las regiones de Colombia y ustedes lo han experimentado, creo yo, con los problemas que son innegables por ejemplo aquí en el Atlántico en el distrito de Barranquilla.

Esa es la idea, los funcionarios del Gobierno Nacional central y yo participé en algunos de estos procesos hace diez años, han tenido una posición ambigua con respecto a la descentralización que creo que ha sido perjudicial y ha llevado a un momento de enredos burocráticos que hoy tienen a buena parte de los mandatarios locales con los pelos de punta, y es porque no hemos sido capaces como Gobierno Nacional de confiar en la descentralización. Yo utilizaba una frase y, vuelvo y la repito aquí, ya me estoy repitiendo pero es inevitable, y es tratamos las regiones como niñas chiquitas y les pedimos sistemáticamente que se comporten como adultas, lo que propone la reforma es vamos a tratar como adultas a las entidades territoriales, le vamos a dar responsabilidades y le vamos a exigir o ustedes le van a exigir al mandatario resultados porque ellos van a tener al alcance de su mano todos los instrumentos para hacer una buena gestión y si se roban la plata de la salud va a ser el señor gobernador el que va a ser el culpable, no el alcalde elegido por un proceso de meritocracia muchas veces dudoso que no le rinden cuentas directamente a la ciudadanía porque está arropado bajo, muchas veces el disfraz falso de la meritocracia, el gerente perdón.

Esa es la idea entonces, ahora me decía el Secretario, donde este doctor España, que la meritocracia no pegó en muchos departamentos de Colombia, no ha pegado bueno, esperemos que pegue la descentralización. Ese es el debate entonces de la descentralización.

Tenemos otro debate interesante sobre los Gestores de Servicio de Salud, si son las EPS, si esto es simplemente un maquillaje, si la reforma es cosmética, si lo estamos cambiando, lo estamos transformando de fondo o no, yo quiero ser enfático aquí hay cambios de fondo, cambios de fondo porque ya no van a manejar los recursos, yo creo que se acaba la intermediación financiera, cambios de fondo porque van a tener que brindar resultado y van a ser por lo tanto Gestores de la salud de la población, creo yo, cambios de fondo porque van a operar en un territorio específico y la única forma de hacer gestión de riesgo en salud, creo que uno tiene que tener cierto arraigo territorial, cambios de fondo, porque estamos de alguna manera socializando los riesgos en el sentido de que son todos los gestores los que van a ser responsables por los pacientes de alto costo, por lo tanto vamos a desincentivar a los que se llaman la selección de riesgos, a tratar de deshacerse de los pacientes más costosos y yo creo que con eso cambian los incentivos, podemos tener una mejor operación de los gestores de servicio de salud, persiste el tema que planteó aquí el doctor Giraldo de manera franca, si uno debe decir no son aseguradores, esto es no asumen ningún riesgo y por lo tanto no pueden tener ningún excedente de su operación con los servicios del sistema, esa es una polémica interesante, donde yo o que he planteado de manera pragmática sin hacer una defensa del lucro, que no la voy a hacer, que no me interesa y sería problemática por decir lo menos, lo que he planteado sin son simplemente administradores y uno les paga por una tarea, lo que harían estos señores o lo que podrían hacer es entrar en colisión con muchos de los prestadores, los dos se ponen de acuerdo, gestor y prestador de pronto con el laboratorio y exprese todo y gírenle a Salud Mía, y eso podría quebrar el sistema de salud de Colombia y yo lo que estoy diciendo esto o es una ficción, esto ya ocurrió con el tema de los recobros, entonces allí tenemos que ser señores y señoras responsables con el tema de los incentivos, y la invitación mía es sentémonos de manera franca a discutir cómo vamos a diseñar estos incentivos.

Tenemos también una polémica interesante sobre si vamos a permanecer o si va permanecer esta diferencia antipática entre régimen subsidiado y contributivo, nosotros hemos creído que en esta ley se mantiene pero está muy diluida y se mantiene por razones más pragmáticas que de principios, hay también una discusión y ha aflorado esta mañana, sobre las redes, como es doctor Juan Carlos el que, se me olvidó esa frasecita suya la del óptimo del punto su lugar común, el punto de equilibrio o el, usted la dijo de otra manera pero bueno. Entonces, miren un poco con el tema de las redes donde está la gran dificultad, yo entiendo las críticas que se han hecho de que de pronto le estamos dando mucho poder a los gestores sobre la red, y eso lo tenemos que cambiar en la ley, pero aquí hubo una de las presentaciones esta mañana que proponía la libre elección absoluta, los que uno podría llamar libre adscripción, o sea que el

paciente, no hay redes, va a cualquier parte y simplemente desde ese hospital le llega la factura al gestor, eso ya lo intentó en Colombia el Seguro Social año 94, 95, fue el caos, se generó un déficit de 500 mil millones de pesos en cuestión de seis meses y fue el principio del fin del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, porque es muy difícil prevenir el fraude, y es muy complicado administrar un sistema completamente abierto, sin controles. Por eso hablo, doctor Juan Carlos, que aquí sí toca buscar un equilibrio, un punto medio entre una cosa que es perjudicar, es darle todo el poder de la red al gestor, que se prestaría para corrupción y otra cosa que también se prestaría para abusos y corrupción, es la libre adscripción plena, ahí no hay salida, sobre la integración vertical tenemos un debate que dar, uno último para tomar decisiones, yo sí estoy de acuerdo que el modelo que se ha planteado en la ley funcional conceptualmente mejor sin integración vertical, pero me preocupa dijéramos ciertas cosas pragmáticamente y ya daremos el debate. Ese es mi tercer punto.

Sobre los debates que tenemos que dar, vuelvo y repito y los menciono, descentralización, incentivos de los gestores, regímenes subsidiado y contributivo, redes integradas o redes de servicio de salud e integración vertical, va a ser un debate duro sobre estos temas y seguramente otros, pero interesante.

Déjenme hacer una reflexión: ahora en mi cuarto punto un poco más general sobre lo que yo llamaría el cambio social, para mostrar las dificultades, y aquí se me va a salir un poquito el profesor, pero no los voy a aburrir mucho; doctor Ulay, usted dijo algo que yo apunté por aquí que me pareció interesante y es: el derecho fundamental debe ser efectivo, real, oportuno e idóneo, ese es un objetivo, compartido por todos, tener que ese derecho fundamental que va a plasmar la ley y que está en la mente de todos los ciudadanos colombianos se materialice y sea real, porque muchas veces somos buenos para plantear objetivos y los Estados se van convirtiendo en Estados retóricos, pero tenemos que ser capaces de ser agentes de transformación y lograr que este derecho fundamental sea efectivo, real , oportuno e idóneo. ¿Cómo hacerlo?, la pregunta sobre el cómo hacer nos lleva necesariamente a una de las preguntas más difíciles de la humanidad, llevamos muchos años, siglos diría yo, tratando de responderla, es la pregunta sobre cómo logramos ser agentes de cambio, qué determina el cambio social para bien, qué determina el aumento del bienestar social, y yo diría que hay tres tipos de factores en general, que los podemos aplicar a la reflexión sobre la ley; uno, son los incentivos, tenemos que alinear los incentivos, como dijo alguien esta mañana, de todos los diferentes agentes con el bienestar social, pero no solo los incentivos, aquí estaba o está el doctor Julio Sáenz que él nos llamó la atención sobre ese punto esta mañana, no son solo incentivos económicos, es también la cultura, también las razones éticas que nos llevan a tomar decisiones todos los días, pero no solamente están los incentivos y la cultura, están también las capacidades, lo que tenemos también que, nuestro conocimiento, el conocimiento de cada quien y miren la complejidad, lo que estamos hablando, esos buenos resultados en salud, ese acceso efectivo depende de miles de decisiones que se toman todos los días en Colombia, la decisión del médico en su consultorio, la decisión del médico de afán en la sala de urgencias, la decisión de un auditor sujeto a miles de presiones, la decisión de nosotros con el autocuidado, la decisión de los padres de familia, todo eso impacta que tengamos buenos y malos resultados en salud, y el cambio social efectivo va a depender de eso, de que tengamos buenos incentivos, que tengamos una cultura conducente a ese cambio social y que tengamos también capacidades en la sociedad.

Puesto de esa manera, nos tenemos que preguntar entonces, ¿qué podemos hacer o qué logran las leyes?, y yo creo que las leyes son buenas para determinar la funciones de los agentes y los incentivos, pero las leyes son, pienso, buenas para cambiar la cultura y para cambiar las capacidades, por eso no podemos pensar que en esta ley o esta ley es el único agente del cambio, vamos a cambiar los incentivos, seguramente tendremos unos incentivos más alineados con el bienestar social, eso es lo que queremos hacer con la ley, pero señores y señoras el cambio también está en nosotros y está en lo que nos decía el doctor Sáenz ese comportamiento ético que tiene que ser fundamental para que esto funcione, y también está en la construcción de capacidades, donde las universidades van a jugar un papel fundamental; en muchos debates yo he oído la siguiente expresión: mientras no aumentemos la capacidad resolutiva de los médicos generales no vamos a tener un buen sistema de salud, nosotros podríamos inscribir un articulito en la ley que diga: los médicos generales tendrán mucha capacidad resolutiva, eso no sirve para nada, eso es carreta, es el trabajo de todos los días de la sociedad colombiana, de construir capacidades, es el trabajo nuestro de todos los días de que los recursos públicos son públicos no solamente en la ley, no solamente en nuestras normas, sino son públicos aquí, porque estos veintiséis billones de pesos con los que se pagan la salud, son recursos públicos en ese otro sentido, en el sentido que si estos recursos son sujetos de corrupción y despilfarro están matando a la gente, y eso lo puede decir la ley pero si no cambia la mente de quienes son los responsables de los agentes que toman esas miles de decisiones, para tomar buenas decisiones, la ley simplemente, como dice el doctor Giraldo, será otra oportunidad perdida.

Entonces, mi invitación con esta reflexión de carácter general es decir, ¡claro que necesitamos una buena ley, claro que necesitamos una ley que tenga unos incentivos bien definidos y que defina el rol de los agentes del sistema!, pero necesitamos algo más, necesitamos un compromiso de todos, y por eso apelo, si se quiere a la grandeza y al compromiso que tenemos como sociedad, también de tener unas mejores capacidades, de ir haciéndonos mejores cada día, así suena casi a un lugar común, las leyes son agentes del cambio social pero no son los únicos, la cultura y las capacidades son complementos inherentes de las leyes, entonces es una invitación que hago esta mañana para entre todos construir un mejor sistema de salud porque no todo depende de la ley.

Termino con lo siguiente, esta semana ha sido una semana difícil en el Ministerio, hemos tenido dijéramos dificultades, escándalos mediáticos, la noche del miércoles desvelado cogí un libro cualquiera de mi biblioteca, me encontré una reflexión sobre un tema del que casi no se habla, hablaba de ciertas virtudes y empecé a leer el libro y mencionaba primero la prudencia, prudencia entendida como se ha enten-

dido desde el siglo XIX por algunos economistas políticos, prudencia en el sentido de tener cierta coherencia, cierta racionalidad en las decisiones, pero se hablaba también de templanza entendida como moderación de justica en donde uno tiene que pensar necesariamente en los más necesitados pero también de coraje, y encontré señoras y señores que a nosotros nos toca tomar estas decisiones duras, que tenemos que tener estas cuatro virtudes, prudencia, templanza, justicia y coraje para responder a las expectativas que tiene el país y nosotros, y yo como Ministro y mis compañeros aquí puedo fácil prometerlo, pero quiero prometerlo y comprometerme públicamente que así tenderemos, prudencia, templanza, justica y coraje para responderle al país. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Vamos a cerrar esta audiencia con la intervención del doctor Armando Zabaraín, Vicepresidente de la Comisión Séptima de la Cámara y actor también importante de este trabajo que estamos haciendo.

Honorable Representante, Armando Zabaraín:

Muy breve, solamente es un anuncio, anunciamos como ya y refrescarle a todos, la Comisión Séptima de Senado hoy sesionó, aquí estará sesionando para votar en su primera vuelta la Comisión como en Plenaria y el veinte de julio pasará este proyecto a la Cámara, en la Cámara sesionará en muchas regiones, todos conocen que el Senado la ha llevado, lo ha llevado a muchos departamentos, la Cámara tomará por regiones para darle más agilidad al proceso, pero lo que queremos proponerle a los amigos es que en la tercera semana, segunda o tercera semana de agosto estará la Comisión Séptima de Cámara aquí en Barranquilla, pero yo le planteo que no hagamos discursos, vamos a hacer lo siguiente: vamos a, que cuando venga, vengamos a ese punto, vamos a plantear ya analizados y conocidos los artículos aprobados en Senado, vamos analizar el articulado y vamos a proponer a cada artículo que corresponda, le echamos proposiciones, pero cosas puntuales, no nos vamos a ir a discursos sino a traerles a cada artículo si los modificamos o si traemos artículos nuevos, esa era la propuesta muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Comisión Séptima del Senado de la República expresa su gratitud.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria:

Un puntico adicional que se, hay inquietudes sobre una aspecto puntual, que quisiera llamarle la tención porque hay dudas sobre el tema de Saludcoop, con Saludcoop ya se tomó una decisión, la Resolución, dijéramos, 128 donde se decide prolongar la intervención por un año y también dijéramos estamos en un proceso de afinar esa intervención, si se quiere de expandir algunos de los elementos del grupo económico y del cambio de interventor, entonces eso va para adelante.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Comisión Séptima del Senado.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria:

Hay dudas sobre Solsalud, recuerden un poco el tema del Fondo de Garantías de la salud, eso precisamente es para eso, las deudas de Solsalud una vez se tenga el Fondo de Garantías en la ley van a poder ser sacadas, aisladas allí, que funcione como funcionó Fogafin en la crisis de finales de las años 90; entonces, tranquilo que ahí vamos a tener el instrumento en la ley para lidiar con esas deudas.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Comisión Séptima del Senado de la República expresa su gratitud, todas las personas que asistieron a esta décima primera audiencia pública y reitera a la decanatura de la facultad de Ciencias de Salud de la Universidad del Norte, nuestro agradecimiento inmenso por toda la colaboración recibida, en particular le agradecemos a la Ingeniera Johana Quirós y a todo su equipo de jóvenes estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud, ya que sin el concurso de ellos nos hubiese generado traumas esta undécima audiencia pública. Gracias a todos, muy buenas tardes, nos vemos en Bucaramanga el jueves dieciséis, el próximo en la décima segunda audiencia pública. Muchas gracias buenas tardes.

Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República: Bogotá D. C., nueve (9) de septiembre del año dos mil trece (2013). Conforme a lo dispuesto en el inciso quinto del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, de la **Audiencia Pública número 11,** sobre Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, realizada en la ciudad de Barranquilla, el día **viernes diez (10) de mayo de dos mil trece (2013)**, dentro de la Legislatura 2012-2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2013