



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 903

Bogotá, D. C., viernes, 8 de noviembre de 2013

EDICIÓN DE 60 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
ACTA NÚMERO 08 DE 2013

(septiembre 3)

Legislatura 2013-2014

“Consideración, discusión y aprobación de las Actas números: 06 (del martes 20 de agosto de 2013) y 07 (del martes 27 de agosto de 2013), de la Legislatura 2013-2014 y Control Político: Proposición número 02 del 23 de julio de 2013”.

Siendo las diez y cincuenta de la mañana (10:50 a. m.), del día martes tres (3) de septiembre de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, en su calidad de Vicepresidenta y como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA

Martes 3 de septiembre de 2013 –
Acta número 08

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2013-2014
Comisión Séptima Constitucional Permanente del
honorable Senado de la República

Fecha: martes 3 de septiembre de 2013.

Hora: 10: 00 a. m.

Lugar: Recinto de sesiones de la Comisión
Séptima del Senado, piso 3° Edificio Nuevo del
Congreso.

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, Presidente y honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, Vicepresidenta), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del martes 3 de septiembre de 2013, será el siguiente:

I

Llamada a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Consideración y aprobación de las Actas números 06 (martes 20 de agosto de 2013) y 07 (martes 27 de agosto de 2013), cuyos textos digitales se envían a las cuentas electrónicas registradas, con cuadro de asistencia de dichas sesiones

IV

Control Político

Proposición número 02 de 2013

(julio 23)

Citados:

1. Señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe.
2. Señor Ministro de Hacienda, doctor Mauricio Cárdenas Santamaría.
3. Señor Superintendente Nacional de Salud, doctor Gustavo Morales Cobo.

Invitados:

1. Señora Directora Ejecutiva de Gestar Salud, doctora Elisa Carolina Torrenegra.
2. Señora Directora Ejecutiva de ACESI, doctora Olga Lucía Zuluaga.
3. Señor Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos, doctor Germán Chica.
4. Señor Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios, doctor Gilberto Toro Giraldo.
5. Señor Presidente Ejecutivo de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (Asocajas), doctor Álvaro José Cobo Soto.

6. Señor Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), doctor Juan Carlos Giraldo Valencia.

7. Señor Presidente de ACEMI, doctor Jaime Arias Ramírez.

Cuestionarios:

Al señor Ministro de Salud y Protección Social:

1. ¿Cuál es la cartera reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, por tipo de deudor de acuerdo al último corte disponible a la fecha?

2. ¿Cuáles son las EPS que se encuentran actualmente en medidas de vigilancia especial, intervención para administrar, intervención para liquidar y en Retiro voluntario por tipo de régimen?

3. ¿Cuál ha sido la destinación de los recursos de saldos de cuentas maestras habilitados a través de la Ley 1608 de 2013?

4. El artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, dio la posibilidad de que las entidades territoriales efectuaran el pago de las deudas del Régimen Subsidiado por medio de un préstamo del Fosyga. Respecto a esto, solicito responder:

– ¿Cómo fue la distribución de estos recursos entre las entidades territoriales que en la fecha de corte contaban con deudas del Régimen Subsidiado de Salud?

– A la fecha, ¿cuántos recursos han sido efectivamente pagados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud?

5. Respecto a la Subcuenta de Garantías para la Salud, consagrada en el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011, y del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud (Fonsaet), como está definido en el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013, solicito responder:

– ¿Cuál es el saldo actual de los recursos que tiene la Subcuenta de Garantías para la Salud y el Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud?

– ¿Qué proyecciones existen sobre dichos recursos?

– ¿Cuál es el plan de aplicación de estos recursos para la vigencia 2013 de acuerdo con la destinación definida en la Ley 1608 de 2013?

– ¿Cuántos de esos recursos están comprometidos a la fecha?

– ¿Qué prioridades se tienen para la destinación de esos recursos que se pretendan recaudar?

6. A la fecha, ¿cuántas operaciones de compra de cartera reconocida se han solicitado y aprobado conforme al artículo 9° de la Ley 1608 de 2013?

7. La Resolución número 2509 de 2012, realizó una categorización de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2012. ¿Cuál ha sido el balance de este ejercicio de caracterización? Mencionar si existe una actualización para la vigencia 2013 donde se consolide este reporte.

8. Las enfermedades raras y/o Huérfanas de las cuales se han descrito entre 5.000 a 8.000 y que afectan aproximadamente al 4% de la población colombiana, son un evento amenazante y peligroso, dadas su características crónicamente debilitantes, graves y que atentan contra la vida, además de requerir un abordaje interdisciplinario con un enfoque diferencial en el manejo de sus complejidades.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de la reglamentación de la Ley 1392 de 2010 –Ley de Enfermedades Huérfanas– surge el siguiente interrogante:

– ¿Cuáles son las áreas responsables dentro del Ministerio y el Equipo de Trabajo destinado para la reglamentación de la Ley 1392 de 2010? En lo posible darnos a conocer los perfiles.

9. Como es de conocimiento público, el Ministerio expidió el Decreto 1954 de 2012, *por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de Información de pacientes con enfermedades Huérfanas*, con respecto a este ítem se pregunta:

– ¿Qué ha pasado con la resolución que da inicio a esta tarea de reglamentación? ¿Cuándo empezará la cuenta de Alto Costo la elaboración del censo de pacientes con Enfermedades Raras en Colombia?

– Solicito se informe sobre los avances en la reglamentación de cada uno de los 16 artículos que a la fecha se encuentran pendientes de este proceso.

10. Teniendo en cuenta las disposiciones contenidas en el Proyecto de ley 210 de 2013, acumulado con los Proyectos de ley 51 de 2012 y 233 de 2013, *por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, solicito me informe:

– ¿A cuánto asciende el impacto fiscal estimado a la fecha con la aprobación de este proyecto de ley?

– ¿Cuál es el impacto fiscal con la conformación de un Régimen Laboral de los residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas conforme está definido en el artículo 47 del proyecto de ley?

– Respecto al Capítulo VIII del proyecto de ley, que contiene disposiciones sobre las Empresas Sociales del Estado, ¿cuentan con estimaciones del impacto fiscal y financiero de estas medidas?, ¿cuántos trabajadores de las ESE estarían cobijados en este proyecto de ley?

– Describir si existen estudios técnicos que se hayan elaborado para dar cumplimiento a las disposiciones conforme a los residentes.

Al señor Ministro de Hacienda y Crédito Público:

1. Teniendo en cuenta las disposiciones contenidas en el Proyecto de ley 210 de 2013, acumulado con los Proyectos de ley 51 de 2012 y 233 de 2013, *por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, solicito me informe:

– ¿A cuánto asciende el impacto fiscal estimado a la fecha con la aprobación de este proyecto de ley?

– De acuerdo con las proyecciones realizadas por este Ministerio, ¿se cuenta con la disponibilidad presupuestal para financiar los lineamientos definidos en la Reforma respecto a los trabajadores del sector salud?

– ¿Cuál es el impacto fiscal con la conformación de un Régimen Laboral de los residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas conforme está definido en el artículo 47 del proyecto de ley?

– Describir si existen estudios técnicos que se hayan elaborado para dar cumplimiento a las disposiciones conforme a los residentes.

2. El Decreto 1141 de 2013 definió los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo alto y medio. Sírvase informar cuáles han sido los avances hasta el momento.

Citantes:

Honorables Senadores:

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier

Gloria Inés Ramírez Ríos

Antonio José Correa

Édinson Delgado Ruiz

Guillermo Antonio Santos Marín.

V

Lo que propongan las honorables Senadoras y Senadores

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

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Ramírez Ríos Gloria Inés

Rendón Roldán Liliana María

Romero Hernández Rodrigo

Sánchez Montes de Occa Astrid

Santos Marín Guillermo Antonio

Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth

Zapata Correa Gabriel.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Ruiz Édinson

García Romero Teresita.

Con excusa dejaron de asistir los honorables Senadores:

Carlosama López Germán Bernardo

Ospina Gómez Mauricio Ernesto.

Estas excusas fueron enviadas a la Comisión de Acreditación Documental, oportunamente, para lo de su competencia.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con quórum decisorio. 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 sesión ordinaria, Legislatura 2013-2014, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, Vicepresidenta honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

A toda la audiencia que acompaña esta sesión hoy formal de la Comisión Séptima del Senado, que como ustedes saben tiene hoy un tema que es un debate de control político en torno a la situación financiera del sistema de salud público en este país. Quiero decir de que este debate que ha sido planteado hace rato, pero que por razones de falta de asistencia, fundamentalmente del Ministro de Hacienda la vez anterior, se aplazó dicho debate, pero hoy contamos aquí con la asistencia del señor Ministro de Salud, contamos también con la presencia del señor Viceministro, encontramos también al Superintendente de Salud y además a los representantes de los diferentes gremios, a quienes hemos convocado para que le expliquemos a Colombia, o más bien, para que todos quedemos claros en torno a cómo es que está la situación financiera en materia de salud dado que estamos hoy ya en la discusión de esta ley ordinaria que arranca al país, que es de gran sensibilidad, que los colombianos y colombianas la están esperando, con gran esperanza de que efectivamente pueda solucionar sus problemas, no solamente desde el punto de vista económico, sino desde el punto de vista fundamental para el ciudadano de a pie que tiene que ver cómo se va a mejorar el modelo en la prestación del servicio, es decir, como todo lo que hagamos en el nivel de lo macro, se va a reflejar directamente en el día a día, cuando usted vaya a la consulta, cuando requiera su médico, cuando requiera los servicios especializados, cuando requiera su atención de procedimientos, cuando se requieran las ayudas de laboratorio y sobre todo cuando tengamos la necesidad de que se presente en cualquier lugar o ciudad del país, donde el usuario lo requiera.

Pero como hemos visto en una de las discusiones grandes que esta Comisión ha dado, hemos encontrado con que hay un problema muy grande en las cifras de la salud; no hay coherencia y no hay consistencia en las cifras de la salud y para nosotros es fundamental que haya coherencia y consistencia en esas cifras de la salud y por tal razón aquí hoy es que nos encontramos en esta audiencia, para que quienes tiene en sus manos, quienes tienen la responsabilidad desde el gobierno, pero que lo tienen también como agentes del sistema, le expliquen a los colombianos y a esta Comisión

qué es lo que está pasando con esas cifras de la salud y realmente a qué es lo que nos debemos nosotros atender.

Ese es el sentido entonces de este debate de control político que tenemos hoy, en que todos los Senadores y Senadoras estamos pues no solamente expectantes a que sean resueltas nuestras inquietudes, sino también cómo podemos aportar para que esa ley ordinaria no solamente sea legítima, sino que responda también a las verdaderas necesidades de los colombianos y colombianas. Ha llegado nuestro Presidente que estaba en la Presidencia del Senado, el doctor Santos y entonces doctor Santos le paso la palabra.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Muchas gracias, mi querida Vicepresidenta. Señor Secretario, con la bienvenida a los honorables Senadores, Senadoras, la bienvenida al señor Ministro de la Salud, señor Viceministro, a los funcionarios de las diversas entidades que nos acompañan, los compañeros de las barras, bienvenidos a este debate de control político que nos aprestamos a llevar adelante. Señor Secretario sírvase dar lectura al Orden del Día para la sesión de la fecha.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por instrucción del señor Presidente, se da lectura al Orden del Día para la sesión ordinaria de control político, fijada para hoy martes 3 de septiembre del 2013, convocada para las diez de la mañana (10:00 a. m.), fue iniciada a las diez y cincuenta (10:50 a. m.), de conformidad con la proposición de control político número 02 del 23 de julio del 2013.

Orden del día propuesto:

I

Llamada a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Consideración y aprobación de las Actas 06 del martes 20 de agosto del 2013 y 07 del martes 27 de agosto del 2013

IV

Control Político

Proposición 02

Citados: señor Ministro de Salud, señor Ministro de Hacienda y Crédito Público, señor Superintendente Nacional de Salud.

Invitados: Señora Directora Ejecutiva de Gestar Salud, señora Directora Ejecutiva de ACESI, señor Director Ejecutivo de Federación Nacional de Departamentos, señor Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios, señor Presidente ejecutivo de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, señor Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, señor Presidente de ACEMI.

Hay un cuestionario al señor Ministro de Salud y Protección Social, un cuestionario al señor Ministro de Hacienda.

V

Lo que propongan las honorables Senadoras y Senadores

Leído el Orden del Día propuesto para esta sesión, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Señor Secretario, quiero preguntarle si sobre la mesa de Secretaría existe alguna excusa de los citados a este debate del día de hoy.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Hay excusa del señor Ministro de Hacienda, que textualmente dice:

“Respetado Secretario, reciba un cordial saludo. Ruego les manifieste a los miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República, la importancia que tienen las citaciones a los debates de control político que hacen en esta cartera, sin embargo pido me excusen por no poder asistir a la sesión que se llevará a cabo el día martes tres (3) de septiembre del 2013 a las diez de la mañana (10:00 a. m.) relacionada con el asunto, debido a que por motivos extraordinarios debo viajar a la ciudad de Caracas para reunirme con el señor Ministro de Petróleo y Minería, y el Ministro de Finanzas de Venezuela. Por tal motivo con el propósito de generar el espacio de estudio y discusión sobre el financiamiento de la reforma ordinaria al sistema de salud, propongo para consideración de la Comisión, una reunión con los ponentes del proyecto de ley en compañía del señor Ministro de Salud el próximo miércoles cuatro (4) de septiembre a las tres pm (3:00 p. m.) en el despacho del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Firma, doctor Mauricio Cárdenas Santamaría, Ministro de Hacienda y Crédito Público”.

Es la excusa de uno de los citados. El señor Ministro de Salud citado se encuentra, señor Superintendente Nacional de Salud citado se encuentra. De los invitados, el doctor Germán Chica de Federación de Departamentos, delega en el doctor Carlos Humberto Arango ¿se encuentra?, no se encuentra en el momento. Doctor Gilberto Toro Giraldo, Federación Colombiana de Municipios delega en la doctora Sandra Castro Torres, ¿se encuentra la doctora Sandra?, sí, se encuentra.

Doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas presente, doctora Olga Lucía Zuluaga de ACESI, presente. Doctor Álvaro José Cobo Soto, Presidente de Asocajas, no ha llegado; doctora Elisa Carolina Torrenegra envió excusa, se encuentra en el exterior; y el doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente de ACEMI, que se encuentra.

Son los citados e invitados, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Señor Secretario, siguiente punto del Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Honorable Senador Ballesteros Bernier Jorge Eliécer Contesta Presente.

Honorable Senador Carlosama López Germán Bernardo.

Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José.

Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson.

Honorable Senador García Romero Teresita.

Honorable Senador Ospina Gómez Mauricio Ernesto Registra excusa por comisión en el exterior.

Honorable Senador Ramírez Ríos Gloria Inés Presente.

Honorable Senador Rendón Roldán Liliana María Doctora. Liliana estaba por aquí.

Honorable Senador Romero Hernández Rodrigo Presente.

Honorable Senador Sánchez Montes de Occa Astrid Presente.

Honorable Senador Santos Marín Guillermo Antonio Presente.

Honorable Senador Wilches Sarmiento Claudia Janneth Presente.

Honorable Senador Zapata Correa Gabriel Presente.

Siete (7) honorables Senadores, Senadoras, presentes en el recinto, la Senadora Liliana María Rendón Roldán estuvo por aquí por el recinto, Presidente. Hay quórum decisorio, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Quiero entonces, en razón a que tenemos el quórum decisorio, someter a consideración la aprobación del Orden del Día previsto para la sesión de hoy. Continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿aprueban el Orden del Día?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por ocho (8) votos presentes en el recinto, señor Presidente, ha sido aprobado el Orden del Día.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Siguiente punto del Orden del Día, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Consideración y aprobación de las Actas número 06 del 20 de agosto y Acta 07 del martes 27 de agosto pasado. Las Actas fueron enviadas en texto digital a los honorables Senadores, la Secretaría envió un cuadro de asistencia a las respectivas sesiones, para la sesión del día martes 20 de agosto

correspondiente al Acta 06, con excusa no asistieron a esa sesión el Senador Carlosama López y el Senador Correa Jiménez Antonio. Para el Acta 07 del martes 27 de agosto, con excusa no asistieron a esta sesión el Senador Ospina Gómez Mauricio, quien tampoco asiste hoy, registra nuevamente excusa, Ramírez Ríos Gloria Inés, Rendón Roldán Liliana María y Sánchez Montes de Occa Astrid.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Tiene la palabra honorable Senadora.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Simplemente para clarificarle a la Comisión y al país de que el martes 27 de agosto a la misma hora de citación de la Comisión, estábamos convocados en la Comisión de Paz, haciendo el acto solemne en el salón de la Constitución, entregando todas las propuestas que de las 18 mesas de víctimas que se hicieron en el país, con el ánimo de ayudar a la terminación del conflicto, como copresidenta de dicha Comisión estaba presente y este acto terminó a la una y media de la tarde (1:30 p. m.). Gracias, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Con la aclaración de la doctora Gloria, continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿aprueban las actas los honorables Senadores?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Han sido aprobadas, señor Presidente, la Secretaría dejará constancia de los Senadores que no asistieron a esas sesiones y que en consecuencia se abstienen de aprobar las mismas.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Siguiente punto del Orden del Día, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Cuarto punto, control político según la Proposición número 02 del 23 de julio del 2013, citados: señor Ministro de Hacienda, señor Ministro de Salud y aditiva en la sesión del martes 27 de agosto, mediante la cual se pidió citar al señor Superintendente Nacional de Salud, que se encuentra presente y se invitaran a los representantes de organismos nacionales ya convocados, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Debo señalar que para este debate como uno de los actores centrales, está citado el señor Ministro de Hacienda. En el día de ayer, sobre las horas del mediodía, el Ministro se comunicó conmigo para señalar que el señor Presidente de la República lo comisionaba a una tarea que era prácticamente de, digamos, no la podía delegar a otro funcionario, tenía que hacer presencia en representación del Gobierno Nacional, en una discusión de grueso

calibre según lo que él me señalaba y que eso le impedía estar en la mañana de hoy en el debate. Consultamos a los señores Senadores citantes al debate, contemplamos la posibilidad una vez más de no realizar el debate, sin embargo se llegó a la conclusión que en razón a que el tema central que a nosotros nos preocupa con el señor Ministro de Hacienda, es que aprobar una reforma, es que hacer un debate de control político sin que esté el Ministro de Hacienda para que nos dé prácticamente el aval, el giño del Gobierno Nacional en lo que tiene que ver, ni más ni menos, que con los recursos para poder hacer que parte de lo que aquí se apruebe, parte de lo que apruebe el Congreso de la República en esta reforma y parte de las preocupaciones que tenemos quienes hemos citado a este debate, si no está el señor Ministro de Hacienda, eso nos deja pues medio, pues en unas condiciones no las mejores, para que pudiéramos adelantar el debate. Sin embargo, el señor Ministro se comprometió a que mañana dos y media de la tarde (2:30 p. m.), la Comisión Séptima de Senado en pleno con el señor Ministro de la Salud, vamos a reunirnos, vamos a analizar, todo lo que tiene que ver con los alcances de hacienda pública para poder garantizar que este proyecto de ley finalmente va a estar financiado y no un proyecto desfinanciado, sobre todo cuando tenemos nosotros la preocupación de iniciar el proceso de estudio y aprobación del Presupuesto General de la Nación y es allí donde tendremos que dejar cifras muy claras frente a este que es un proyecto que ha generado mucha expectativa a lo largo y ancho del territorio nacional y en todos los colombianos.

De modo pues que con esa precisión, quiero ofrecerle a los citantes a este debate, no sé doctor Zapata, ¿usted estaba con intención de hacer el uso de la palabra? Señor Senador Zapata tiene el uso de la palabra.

Honorable Senador Gabriel Zapata Correa:

Gracias, señor Presidente, un saludo pues para todos los funcionarios que nos acompañan.

Con la explicación que usted nos ha dado para la reunión con el Ministro de Hacienda va a ser el día de mañana, ¿no? correcto, muy bien. Como nosotros pusimos como condición en la reunión pasada con el Presidente del Senado, de que no se abordaba el debate para la ponencia, la segunda ponencia, mientras no explicara en detalle el Ministro de Hacienda el alcance de la parte fiscal. Entonces yo le pido a su señoría hoy me releve de estar aquí presente, voy para la reunión de voces, citado urgente por el Presidente del Senado, ahorita a las once de la mañana (11:00 a. m.), y espero en el día de mañana irme a fondo con una serie de informaciones e inquietudes que tenemos en materia fiscal del alcance de toda la reforma a la salud, porque ese es prácticamente, yo diría que sería el que nos abre la puerta si vamos a seguir hacia adelante con este proyecto tan importante que hemos venido trabajando muy bien con el Ministro de Salud. Gracias Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Yo le haría una sugerencia respetuosa, honorable Senador, por qué no arrancamos el debate con su señoría y entraría entonces el doctor.

Honorable Senador Gabriel Zapata Correa:

Yo simplemente diría, como yo no estoy citando hoy, yo si estoy preparado para mañana con el Ministro de Hacienda.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Perfecto, perfecto. Señor Secretario, ¿quiénes son los citantes al debate del día de hoy?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz y honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, suscribieron la Proposición 02 del 23 de julio del 2013, señor Presidente.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Doctor Ballesteros, citante al debate del día de hoy, tiene su Señoría el uso de la palabra por treinta minutos. Si requiere de más tiempo no hay ningún problema, señor Senador Ballesteros.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias, Presidente. Primero que todo un cordial saludo a todos los colegas, al señor Ministro de Salud, a los señores Viceministros, a los voceros de las distintas agremiaciones del sector que hoy nos acompañan: a ACEMI, ACESI, Clínicas y Hospitales, Organización de Pacientes y a todos los asistentes.

Realmente como bien lo señalaba el Presidente de la Comisión, este debate le apunta esencialmente a tratar de hacer claridad en lo más posible de uno de los temas que se ha vuelto crucial en esta crisis en la que está inmersa el sector de la salud y que tiene que ver con la crisis financiera del sector. El Presidente de la Comisión, lo mismo que el Senador Zapata, han hecho claridad en sus intervenciones, que una de las condiciones para que nosotros abordemos esta iniciativa de ley en la plenaria del Senado, muy a pesar de que ya está radicada, es de que podamos tener un diálogo amplio y abierto con el señor Ministro de Hacienda, como responsable de las finanzas públicas, porque entendemos que este tema de la crisis financiera es hoy lo que quizás tiene mayormente sumergido al sector en una gran dificultad de funcionamiento.

Hechas estas consideraciones, entonces me voy a permitir iniciar el debate, me hace el favor, está fallando el sistema.

Bueno, mientras el sistema funciona, yo siempre he creído que la crisis del sector de la salud es una crisis sistémica, es una crisis que tiene distin-

tos componentes, una crisis de orden institucional, porque realmente lo que uno conoce históricamente del funcionamiento del sector, se ha caracterizado porque de alguna manera las entidades rectoras del sistema, llámese Ministerio de la Salud, Superintendencia Nacional de Salud, entidades territoriales, han tenido una relativa debilidad en su función de regulación frente a los distintos actores del sistema; esto es un tema histórico, esto no es de este Ministerio, no es de este Gobierno, es un tema que ha sido recurrente durante todo el tiempo en que se ha querido implementar el funcionamiento de la Ley 100. De igual manera una crisis de confianza, en la medida que entre los actores nadie confía en nadie y realmente pareciera que cada quien acude a su trinchera, si pudiéramos llamarlo así, para que los intereses que cada quien defiende, sean los que se privilegien en el sector y realmente en esto ha faltado una, o no ha habido un consenso para buscar una solución que pudiera generarse como resultado de una construcción colectiva y una crisis también reputacional, porque realmente los colombianos en su mayoría y así lo reflejan distintas encuestas, han perdido la credibilidad en el funcionamiento del sector y ello por supuesto ha hecho que, en buen parte algunos consideren que este es un sistema de seguridad social fallido.

Pero yo quiero centrarme en el tema financiero, no porque sea el más importante, sino porque repito considero que es, en este momento de coyuntura, el problema más difícil, más complejo y de mucho más impacto para el buen funcionamiento del sector.

En ese orden de ideas, he pretendido dividir este debate de control político trabajando dos escenarios: un escenario de coyuntura y un escenario estructural que tiene mucho más que ver con el proyecto de reforma que hoy está ya radicado en plenaria y que muy seguramente va a ser debatido a partir de la próxima semana.

El tema de coyuntura o que tiene que ver con la crisis financiera del sector, a mi juicio tiene en estos momentos tres elementos preocupantes, de suma preocupación: uno primero que es el saneamiento de cartera, un segundo elemento que son los hospitales en riesgo, en riesgo financiero alto y medio, categorización que ha hecho la propia Superintendencia Nacional de Salud y, un tercer elemento también bastante preocupante, que tiene que ver con las EPS que hoy están en liquidación o intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

En el primer elemento: saneamiento de cartera, lo primero que hay que señalar y de alguna manera el Presidente de la Comisión ya lo decía, es que uno no encuentra unas cifras precisas, claras, concretas, de cuánto se debe en el sector salud, qué es lo que debe cada quien a cada cual y cuando uno empieza a revisar y a tratar de construir una información que le dé la mayor claridad al tema, realmente esto se vuelve una maraña, algo de un hueco negro en donde uno no encuentra a quien

crearle y mucho menos encuentra precisión en la cifra. Aquí he tratado de recoger la información que me ha suministrado esencialmente y tenía que ser así por supuesto, el propio Ministerio de Salud. Esta es la información que maneja el Ministerio de Salud a corte del 31 de diciembre del 2012, esta es la deuda que dicen las IPS que les están debiendo tanto el régimen subsidiado, como las entidades territoriales, como el régimen contributivo, una cifra que es del orden de los tres billones trescientos cincuenta y cinco mil millones; hablamos de un 82% de cifra porque hay otras deudas que tienen que ver con el SOAT y que pensé que no eran lo mayormente significativas.

Entonces el régimen subsidiado, las entidades territoriales y el régimen contributivo, según la información que manejan, repito, las IPS públicas, hay una cartera con ellas de tres billones trescientos cincuenta y cinco mil millones y las IPS privadas, por estos mismos conceptos o estos mismos acreedores, le están debiendo seis billones trescientos noventa y cuatro mil millones, repito, son informaciones tomadas del Ministerio de Salud, corte 31 de diciembre.

De tal manera que aquí una cartera oficial total por venta de servicios de las IPS públicas y privadas, está en el orden de los diez billones de pesos.

¿Qué dicen las EPS?, las EPS dicen que ellas están debiendo al régimen subsidiado 2.2 billones de pesos y le están debiendo al régimen contributivo 2.1 billón de pesos, una cifra mucho menor que la que dicen las IPS que es su deuda. Aquí no quise incluir, o mejor no era procedente incluir la deuda de las entidades territoriales, porque realmente frente a las EPS no hay esa deuda.

Y si uno hace un resumen de la cartera total, de la cartera total, resulta que en el régimen subsidiado las EPS reportan una deuda de 4.3 billones y lo reportado por la EPS es de 2.2 billones, hay una diferencia en favor de las IPS de 2.1 billón de pesos; y en el régimen contributivo lo reportado por las IPS es de 4.5 billones frente al reporte de las EPS que es de 2.1 billón, es decir, hay una diferencia en la cifras del orden de los 4.5 billones de pesos, en este caso a favor de las IPS, una cifra pues impresionante por no decir que descomunal y es una diferencia realmente también impresionante.

Hicimos el ejercicio de lo que es la cartera vencida, es decir, la cartera mayor de 60 días, en el mismo orden en que hicimos el ejercicio pasado frente a la cartera total y encontramos que en las IPS públicas dicen que con ellas hay una deuda por cartera vencida de dos billones seiscientos mil millones aproximadamente, y las IPS privadas que con ellas hay una cartera vencida de dos billones novecientos setenta y tres mil millones.

Y, esta es la cartera vencida para toda la red pública y privada por venta de servicios, hay un total aproximado a los 7.1 billón de pesos.

Volvemos nuevamente en lo reportado por las EPS de sus cuentas por pagar en términos de cartera vencida: 1.13 billones con el régimen subsidiado y quinientos sesenta y nueve mil millones frente al régimen contributivo, total: 1.7 billones.

Hacemos el mismo ejercicio, es decir, lo que reportan las IPS públicas que se les debe por cartera vencida, frente a lo reportado por las EPS y eso nos da una diferencia de 2.35 billones y en el régimen contributivo, de igual manera hay una diferencia de 2.39 billones. Y una diferencia total, nuevamente de 4.7 billones de cartera vencida a favor de las IPS, es decir, esta es la deuda que hoy le tienen las EPS por cartera vencida a las IPS públicas e IPS privadas.

Como resumen, pudiéramos decir lo que ya inicialmente comentaba, que hay una imprecisión en las cifras, no hay claridad en ellas y esto por supuesto está generando un primer ruido y una primera alerta frente a la reforma, porque lo lógico, lo obvio que uno pensaría, es que hay que hacer claridad, hay que hacer claridad de realmente qué es lo que está sucediendo frente a esta cifra, para que en lo posible cuando se implemente la reforma ordinaria, realmente como decía alguien, partamos de cero kilómetros, que no hayan deudas con las IPS y que las EPS también hayan correspondido con los acreedores que tienen.

Pues uno se preguntaría finalmente quiénes son los responsables de esta situación, pues aquí hay responsabilidad de todos, de todos, sí por favor un poco de silencio.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Quiero solicitar comedidamente a las barras, guardar silencio para que el doctor Ballesteros, que está haciendo una exposición bastante interesante, le podamos sacar el mejor de los provechos. Continúe, doctor Ballesteros.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Sí, sale pues indudablemente la primera pregunta que qué ha pasado, quiénes son los responsables, por qué esta situación de falta de claridad en las deudas y yo diría que aquí hay responsabilidad de todos, de todos en el sector: del Ministerio, insisto, este no es un señalamiento a este Ministro, ni a este Gobierno, la falta de regulación ha sido histórica, de igual manera el Ministerio de Hacienda de alguna manera tiene también corresponsabilidad en este tema, hay unos recursos importantes que históricamente vienen siendo manejados a través de algunos portafolios de inversión con alguna justificación, pero ahí están esos recursos que son del sector salud y que bien se pudieran haber utilizado oportunamente.

La Superintendencia, pues obviamente nosotros en las distintas aprobaciones de iniciativas de ley que hemos tenido acá en el Congreso, hemos dicho de la debilidad que tiene la Superintendencia, no solamente en lo que toca con su recurso humano, sino también con la falta de dientes desde el punto de vista de decisiones administrativas para efectos de hacer una buena inspección, vigilancia y control.

Los pagadores, a ellos les cabe una buena parte de la responsabilidad de lo que está sucediendo, tiene mucho que ver con el flujo de recursos y realmente para muchos tienen, les cabe la mayor responsabilidad de esta situación en la que hoy se debate el sector salud de crisis financiera.

Los prestadores, muy a pesar de que se tienen deudas con ellos, pero es de todos conocidos, que en muchas regiones ha habido gerencias ineficientes, excesos de gastos, nóminas paralelas, que también han contribuido a la crisis financiera y las entidades territoriales, pues la Contraloría General de la Nación sobre esto lleva una serie de investigaciones que han hecho evidente el mal uso que se hicieron de los recursos del sector salud y de alguna manera pues también tienen su corresponsabilidad en esta crisis financiera.

Hemos querido también hacer este ejercicio tratando, repito, de ser propositivos y tratando de identificar realmente qué es lo que ha pasado históricamente con el sector y por qué se ha llegado a esta situación. Yo creo que una de las fallas iniciales desde que inició la implementación de la Ley 100, han sido los sistemas de información, la base de datos que nunca ha funcionado de la mejor manera, hace algunos años cada municipio tenía su propia base de datos en los inicios de esta década se empezó a construir la base única de datos del Fosyga, pero realmente eso tampoco ha tenido el mejor resultado y la Procuraduría General de la Nación ha hecho pronunciamientos sobre este tema, aquí los señalo, la Procuraduría ha dicho que hay estadísticas que muestran hasta un 30% de afiliaciones fraudulentas tanto en el régimen contributivo como el subsidiado, lo que no solo afecta los recursos del sistema, sino que muestra la baja capacidad de inspección, vigilancia y control del Gobierno para controlar estas irregularidades y dice la misma Procuraduría: Otro aspecto que merece destacarse es el uso clientelista del sistema de selección de beneficiarios, el Sisbén, que permitió afiliaciones al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago y en estos momentos todavía existen problemas de identificación, especialmente dificultades con la Registraduría, en la medida en que la base de datos única que hoy tiene el Fosyga, recibe muchas veces información retrasada de pacientes que han fallecido y que ya se han pagado, este es un tema que nosotros consideramos, insistimos una vez más, que merece el mayor afán, debería merecer el mayor apremio, el mayor afán, el mayor empeño del Gobierno para que realmente se pueda construir un sistema de información que evite todas estas circunstancias que han sucedido históricamente.

Lo que señalaba, lo que mostraba anteriormente en la diapositiva, pues está referenciado acá: diferencia de información reportada por entidades territoriales, por EPS, por IPS y por el propio Fosyga en la cartera y no existe una actualización en los estados financieros conforme a giros recibidos.

Esta situación ha llevado a que algunas circunstancias, algunos elementos que tienen que ver con la crisis financiera, pues se magnifiquen. Aquí tenemos el caso por ejemplo de las tutelas y más adelante una diapositiva de los recobros y vemos como en el año de 1999 las tutelas por salud estaban en veintiún mil trecientos uno y en el 2011 están en ciento cinco mil novecientos cuarenta y siete, eso hace parte de alguna manera de la falta de un buen sistema de información y lo mismo ha sucedido con los recobros, que ya seguramente los que trabajan en el sector conocen, los recobros en el 2000, en el año 2000 estaban en cuatro mil doscientos cuarenta y cuatro millones de pesos y en el año 2010 subieron a dos billones cuatrocientos mil millones de pesos, una multiplicación exponencial de los recobros y que ello obedeció también a una serie de circunstancias no santas, que dieron oportunidad a que realmente se recobraran incluyendo algunos medicamentos y procedimientos que estaban en el plan obligatorio de salud, afortunadamente con las últimas medidas que ha venido tomando el Ministerio esto se ha venido disminuyendo y ya observamos como del año 2010 al 2011 ya hubo una reducción de trescientos mil millones de pesos por las medidas que en buena hora ha venido tomando el Ministerio de la Salud.

Hay un tema que a nuestro juicio ha sido un elemento, una herramienta importante para oxigenar la crisis financiera que tienen especialmente los prestadores públicos, es el famoso giro directo, es decir, el Gobierno le hace un giro directo al prestador de acuerdo con ciertas condiciones, sin embargo sobre esto, Ministro y Superintendente, existen también algunas inquietudes, por ejemplo: algunos prestadores públicos, sobre todo de tercer y cuarto nivel, manifiestan que hay inconveniente en la aplicación de giro directo derivado de la relación de la EPS con la IPS. Me decía por ejemplo el Director del Hospital Federico Lleras, que en su caso el giro directo nunca va más allá del 50%, sin embargo es la información que él maneja cuando los recursos, o mejor, cuando se trata de giros directos a IPS que son de la EPS, generalmente el giro directo se hace por el 100% de tal manera que se presenta una situación de inequidad en el envío del giro directo. De la misma manera lo señala la Federación de Departamentos, la Federación de Municipios, los recursos están siendo aplicados a cartera no corriente, en donde por supuesto se castiga el recaudo corriente de la cartera de los hospitales y un llamado porque nosotros en la Ley 1438 dejamos ya definido y lo mismo en la 1608, la aplicación del giro directo para las EPS en intervención y sobre todo en el régimen contributivo, hasta donde conozco realmente no hay ninguna reglamentación que tanga que ver y yo creo que esta es una tarea pendiente, Superintendente.

Este es otro de los temas, voy a ser breve para ahorrar tiempo, esta es la última categorización que hizo la Superintendencia Nacional de Salud del riesgo hospitalario, la cifra es del 56% de la red pública, está en riesgo alto y medio y sobre

esto lo que llama la atención es que respecto de la resolución el año anterior, del año 2012, esta resolución es de 30 de mayo de este año, resulta que se han aumentado los hospitales en riesgo, alto y mediano, en riesgo alto se aumentaron en un 32% y en riesgo medio en un 41%, es decir, realmente de alguna manera algunas intervenciones no han funcionado o de pronto la deficiencia de los hospitales tampoco se han puesto en empeño y esto lo concreto es que hoy tenemos más hospitales en riesgo medio y alto que lo que teníamos el año pasado.

El Ministerio de Hacienda y como consecuencia o como aplicación de la Ley 1608, acaba de proponer un plan de saneamiento fiscal y financiero a través del Decreto 1141 del 31 de mayo de este año, sobre este plan hay unos cuestionamiento de parte de la Federación de Municipios, de parte de la Federación de Departamentos y ACESI, ellos seguramente lo explicaran con mayor detalle, pero yo lo que quiero señalar acá es que realmente pareciera que se está señalando que la única responsabilidad que tienen los hospitales con su crisis financiera corresponde exclusivamente a ellos, cuando todos sabemos que si uno contextualiza el problema, realmente aquí hay un problema esencialmente de flujo de recursos y por supuesto si los hospitales no reciben los recursos por el pago de sus servicios, necesariamente van a estar de manera permanente en una crisis de iliquidez y lo dice el documento de la Federación; el recaudo el año pasado por venta de servicios, del análisis del documento que ellos expidieron, de cada cien pesos que se venden, Senadora Claudia, solamente alcanzan a recaudar sesenta y un pesos, es decir, están afectándose, el recaudo está afectado casi que un 40%, eso ha hecho realmente que la crisis de los hospitales se agudice y yo creería en ese sentido que valdría la pena que se revisara la metodología, la finalidad y los resultados de este programa de saneamiento fiscal y financiero, porque dejar todo, toda la responsabilidad simplemente en manos de los hospitales y aducir de que en la medida en que haya el recaudo los hospitales van a salir de la crisis, es un craso error, porque repito, esto está dependiendo fundamentalmente del flujo de recursos que no hay por parte de las EPS.

Y esta es la tercera inquietud del tema coyuntural; resulta que de la información que nosotros recibimos para este ejercicio, hay unas EPS que están en liquidación, que tienen deudas con las IPS públicas, el total de las deudas de estas EPS en liquidación con las IPS públicas, según las cifras reportadas por el Ministerio, es de cuatrocientos setenta y siete mil millones y el total, la siguiente, de las deudas de estas EPS en liquidación con las IPS privadas, es de cuatrocientos tres mil millones y el total de las deudas que hoy se tienen, sumando Caprecom, que es una EPS pública y que tiene una deuda muy importante con la red pública y privada, ochocientos treinta y tres mil millones, perdón, no, ochocientos treinta y tres mil es Caprecom caso especial; el total de la deuda que hoy se tiene con la red pública y privada está en el

orden del 1.7 billones, pero aquí lo que nosotros llamamos la atención es sobre todo de la deuda que tienen las EPS en liquidación, porque la pregunta que uno se hace, Ministro, es quién va a pagar eso, con qué se va a pagar, son EPS que no tienen margen de solvencia, que no tienen activos, que no tienen patrimonio y que de alguna manera son unos de los salvavidas que se les pudiera generar a los prestadores si realmente se les pagara esta deuda. Esa es una pregunta, casi la pregunta del millón, necesariamente alguien tiene que responder de estas deudas, que muchos consideran que es el Gobierno, sobre esto hay críticas, realmente son dineros públicos los que han venido manejando estas EPS que hoy no tienen esa solvencia, que hoy no tienen activos y que hoy no tienen cómo pagar. Esta inquietud, pues es una inquietud que nosotros en su momento hemos querido llevársela al Ministro de Hacienda, porque esto hace parte esencial de la posibilidad de que los prestadores mejoren financieramente y podamos nuevamente permitir el fortalecimiento financiero de los hospitales y sobre todo que tengan liquidez y también de las IPS privadas.

Nosotros creemos por supuesto, el Ministerio ha venido trabajando en esto, en un proceso sistemático de aclaración de cuentas, en donde estén involucrados todos los actores, repito, el Gobierno, el Ministerio ha hecho, está haciendo esta tarea, pero creemos que hay que ponerle mano dura a este proceso y esto lo estamos llevando a la reforma, el proyecto de reforma, para que realmente existan los dientes suficientes porque lo que uno conoce de estos procesos de aclaración de cuentas es que las EPS van cuando les da la gana, las IPS asisten también cuando quieren, de tal manera que los procesos de conciliación, muy a pesar de que participen los organismos de control, no han sido exitosos. Esto hay que buscarle una salida y yo creo que es una salida que tiene que ser urgente para que finalmente se pudiera hacer claridad de las cuentas. Y por supuesto la búsqueda de nuevas fuentes de recursos para mejorar los problemas de solvencia de las IPS, ya en la Ley 1608 dejamos identificados algunos, creemos con cierta reserva, que debe haber un compromiso del Gobierno Nacional, reserva porque ya lo decía, estos dineros que de alguna manera se perdieron, fueron dineros públicos y alguien tiene que responder de esta pérdida de estos dineros, pero hay una obligatoriedad de salvar los hospitales, aquí estamos en una situación coyuntural muy difícil, pero qué pensaría que por encima de cualquier dificultad hay que pensar en los hospitales públicos.

Y ahora nos vamos a la reforma ordinaria, en la reforma ordinaria hay un listado de decisiones que se tomarían para, en la aprobación de la reforma que imponen, implican, requieren recursos, nuevamente el llamado era en su momento o va a ser mañana al Ministro de Hacienda, para que nos defina cuáles van a ser los compromisos del Gobierno Nacional frente a esos capítulos que hay en el proyecto de reforma y que requieren recursos,

aquí está por ejemplo el plan de beneficios, requiere recursos hasta el 2015 de cerca de dos billones de pesos.

Aquí está el tema de la formación del talento humano en salud, que a nuestro juicio es una necesidad apremiante, voy a mostrar más adelante dos o tres diapositivas, porque esta es otra de las debilidades que ha tenido el buen funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, la escases de especialistas, de médicos, de enfermeras, en fin, de todos aquellos que de una u otra manera trabajan en el sector.

Creamos un fondo de garantías de la salud o lo vamos a crear, lo estamos creando, Senador Delgado, en el proyecto de ley, pero no sabemos.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Doctor Ballesteros, le quedan cinco minutos, por favor.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

No sabemos, no ya con esto terminamos, nos preocupa el modelo de atención primaria en salud, requiere recursos para su implementación, hemos dicho que es el eje central de la reforma, pero no hay un estimado de cuánto puede costar eso y no queremos que eso se convierta en un saludo a la bandera y la modernización de los hospitales, yo le escuchaba aquí, Senador Santos, al señor Ministro que la obsolescencia de los hospitales nuestros es de tres generaciones, es decir, 75 años de obsolescencia. Treinta años. De todas maneras son recursos que se requieren y que pensamos deben también estarse provistos en la reforma.

La siguiente y terminamos. Llamar la atención de los residentes, Ministro, la información esta que yo tengo es que en casi todos los países de Latinoamérica, los residentes se les tiene como funcionarios públicos con derechos legales correspondientes, que tienen un contrato temporal como funcionario o becado en formación, que quizás uno de los pocos países en donde tienen la modalidad de solo de estudiantes es en Colombia, que hay que mirar qué hacemos y la reforma lo propone.

Esta es la distribución de médicos por departamentos y vemos en la mala distribución que hay, Bogotá tiene el 34% de la oferta médica, seguido de Antioquia con el 15%, el Valle del Cauca y Atlántico, estos cuatro departamentos reúnen casi el 60, el 70% de la oferta médica, de tal manera que departamentos como lo nuestros casi no tienen oferta médica y mucho menos especialistas.

Lo mismo con las enfermeras, es el caso igual, la siguiente, odontólogos lo mismo, Colombia cuenta con diez camas hospitalarias por cada diez mil habitantes, el promedio en los países es de 39 camas; el número de médicos en Colombia es de 1.5 por diez mil habitantes, el promedio es de 17.1 y lo mismo ocurre con el personal de enfermería. Con esto lo que quiero significar es que la escases de personal médico y paramédico se convierte en

una gran debilidad para el buen funcionamiento del sistema y una de las causas que tiene que ver con esto es el hecho, aquí lo digo, lo dice este estudio, no hay suficientes cupos para especializarse, afortunadamente en la reforma abordamos ese tema y vamos a permitir que los hospitales universitarios tengan la posibilidad de formar y capacitar médicos especialistas, el 60% ocurre porque no hay suficientes cupos.

La siguiente y es la última, la siguiente, y otro de las causas por las cuales tampoco acceden un buen número de médicos generales a los programas de especialización son los costos de las matrículas, en anestesiología algunas universidades tienen como matrícula veinticuatro millones de pesos máximo y mínimo tres millones ciento cuarenta y cuatro mil; yo creo que con esta propuesta que en buena hora recibimos del Gobierno, este problema se va a mejorar por lo menos. Eso, Presidente era lo que yo hoy quería presentarles a ustedes. Muchas gracias.

Presidente honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno. Le agradecemos al señor Senador Ballesteros por cifras tan importantes, material sumamente interesante y que queda para el análisis tanto del señor Ministro de la Salud, como de todos los asistentes.

Le ofrezco el uso de la palabra a la otra citante, la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Gracias, señor Presidente. Indudablemente yo parto de hacer un reconocimiento al estudio juicioso y brillante que ha presentado el Senador Ballesteros, con quien hemos venido trabajando este tema hace mucho tiempo. Aquí hemos hecho muchos debates sobre el problema financiero y yo quiero decirle hoy a los colombianos y colombianas que nos ven, a quienes están aquí, a los Ministros y a todos los agentes del sistema de salud, que el objetivo es hoy podernos llevar una claridad meridiana en torno a qué pasa con las finanzas de la salud y no podemos entrar en un régimen de transición, como es el que vamos a hacer con la nueva ley, sin que tengamos la seguridad de qué ha pasado con la plata de la salud, dónde está la plata, la plata que se robaron cómo la vamos a recuperar, yo no la llamo la plata perdida, es la plata robada, porque sabemos quién se la robo, sabemos qué entidades se la llevaron, entonces que nos digan es cómo la vamos a recuperar, porque lo que yo me niego es a que presentemos planes de recuperación, sin que tengamos planes de que nos devuelva la plata que se llevaron los señores o las señoras, las empresas, que ya sabe señor Superintendente, yo tengo aquí un listado de lo que usted nos ha entregado, de las que están intervenidas, porque la plata la usaron en otra cosa, no nos podemos quedar simplemente con saber que la plata se fue para otro lado, sino cómo recuperamos esa plata para que venga, Ministro, al sistema de salud, no pode-

mos seguir dando salvavidas sin que nos digan si no la van a pagar en dos, en tres, en cuatro, en cinco años, pongan los plazos, pero no se la podemos dejar en esos bolsillos.

La reflexión, hay muchas reflexiones para hacer entorno al tema pero lógicamente yo quiero también ser muy puntual, saben que nuestra posición claramente está en que si hay un sistema colapsado, en este sistema hay dos sistemas que están totalmente colapsado: que es el sistema de salud que hace rato está colapsado, yo no lo llamo en crisis, está colapsado porque después de veinte años no ha podido cumplir con su objetivo que es prestar un servicio de salud efectivo, eficiente y de calidad para los usuarios, a pesar de haber unos recursos determinados para ellos; y el sistema penitenciario que hace más de quince años tiene un estado de inconstitucionalidad y nos damos golpes de pecho, conocemos todos los días, pero las burocracias tecnocráticas que tenemos no permiten que después de quince o veinte años podamos dar una respuesta efectiva, que los presos tengan salud, que los presos puedan gozar de una vida digna en las condiciones y pagando la pena y el castigo que la sociedad les ha impuesto como tal. Por tal razón, yo lo que pienso es que hay que cambiar todo el modelo de salud, hay que cambiar todo el sistema y todo el modelo de prestación del servicio, del servicio como tal.

Y no solamente, doctor Ballesteros, de acuerdo con usted en la crisis sistema, de la crisis de confianza, en la crisis reputacional, aquí hay una crisis de legitimidad, doctor Ballesteros, cómo le vamos a presentar nosotros a los colombianos y colombianas sin más plata, claro que sí, y la plata que se llevaron dónde está, cómo este Congreso en su ley va a buscar el mecanismo para que esa plata sea devuelta, no la podemos, eso no nos lo podemos tapar, no nos podemos agachar frente a ese hecho concreto.

Pero vamos al problema de las cifras, el saneamiento de la cartera. Lo primero que uno encuentra en los documentos que se nos han llegado, yo tengo aquí cifras de cartera por venta de servicios de salud corte 31 de diciembre del 2012 aportadas por el Ministerio de Salud y en el informe aportado por el Ministerio, como usted muy bien lo planteó allí en su cuadro, se nos habla del estado de cuenta financiero de novecientos sesenta y cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud pública que se encuentra en un estado de cuentas por cobrar de 4.1 billones de pesos, pero cuando yo miro el otro informe, otro informe que hay por acá también del Ministerio se nos dice: cifras de situación de cartera de salud a Colombia hasta el 31 de diciembre del 2012, dice: el valor de cartera de ventas de servicios de salud para el conjunto de instituciones que reportaron información en el presente corte es de 4.8 billones de pesos, entonces, ¿es 4.1 o es 4.8 billones de pesos?, nosotros no podemos seguir con esa incertidumbre, necesitamos que nos digan por qué la diferencia, dónde

está la diferencia, qué representa esa diferencia y esa diferencia en recursos dónde está, quién es el responsable y cómo nosotros la vamos a poder recuperar.

Nos dice: en lo que respecta a las IPS privadas, la Superintendencia Nacional de Salud reporta para la misma fecha de corte, oigan bien, una deuda de 8.7 billones de pesos, dichos estados de cuenta dan como resultado un valor total de la deuda que asciende a los 12.8 billones de pesos, para un total de cinco mil quinientos veinticuatro entidades, mi pregunta es: ¿Cómo vamos a recoger, Viceministro, usted que es el financiero, cómo va a garantizarnos que esos 12.8 billones de pesos vuelvan al sistema?, ¿Cómo los vamos a anclar al sistema?, eso es lo que nos interesa a los colombianos y colombianas, ese punto central.

Lo segundo, qué va a pasar, señor Superintendente, señor Ministro, señor Viceministro, qué vamos a hacer con las EPS deudoras, con las que no han pagado, con las que han llevado la plata para otro lado, ¿van a ser Gestoras?, ¿vamos a permitir que ellas vuelvan, hagan sus vericuetos financieros?, yo creo que aquí está el doctor Jaime Arias que sabe bastante de sociedades, van a rehacer nuevas sociedades y vamos a permitir que ellas se transformen en Gestoras, o cuál va a ser la posición de la Superintendencia frente a este listado grande que tenemos de EPS que no han cumplido y de algunas IPS que tampoco han cumplido. ¿Qué vamos a hacer?, o sea, ¿Cuál es el papel?, ¿Qué vamos a hacer con ellas?, y la tercera: hay hospitales públicos que también han deteriorado los recursos públicos, ¿qué va a pasar con ellos?, ¿qué va a pasar?, queriendo los hospitales públicos como los queremos, cómo los defendemos, pero aquellos hospitales que también han desviado los recursos, que no les han hecho el uso óptimo, ¿Qué va a pasar con ellos?, ese es otro punto que nosotros quisiéramos que quedara pues aquí bien claro dentro de este problema, digamos, de financiación que se va a hacer.

Frente a las cuentas maestras conocieron todos ustedes mi opinión, ese salvamento tan grande que se hizo, sin embargo, sin embargo no vimos cómo las EPS que se salvaron, a las que les compraron la cartera, cuáles son los convenios para que devuelvan esos recursos, dónde están. Yo no quiero que los hospitales públicos se quiebren, soy una persona que nunca ha ocultado la sensibilidad, es más tampoco estoy opuesta a las IPS privadas, sé que se necesitan en este país, por lo tanto no estoy en contra de ellas, pero lo que yo sí pienso es que aquí tiene que haber con claridad dónde está la plata, cuál es la deuda que hay, cómo se va a recuperar esa deuda y cómo vamos a buscar la financiación y a mí se me ocurriría decirle aquí al señor Ministro de Hacienda que no está, a los bancos de este país se les financió la deuda, la quiebra, a los bancos de este país se les salvó de la quiebra con el cuatro por mil, aquí el cuatro por mil y el cuatro por mil para la guerra y el cuatro por mil como salvamento

aquí, financiero, pues yo digo, si el año entrante vamos a tener el dos por mil, ahora nos hablan que hay que hacer el salvamento agrario; hagamos el salvamento agrario, pero también destinemos unos recursos para hacer el salvamento de las clínicas y hospitales de este país, propongo señor Ministro, para que también le llevemos eso al señor Ministro de Hacienda, porque la plata no puede ser solamente para la guerra, cambiemos esa plata de la guerra y salvemos esas políticas equivocadas que llevaron a que el campo se quiebre, pues hay que hacer un plan de salvamento para el campo, no por los paros, es que el campo está quebrado.

Entonces planeemos que de esa plática vaya para el salvamento del campo y que haya también aquí una plática realmente para que los hospitales y clínicas de verdad puedan sanearse, no solamente sanearse, sino que puedan funcionar. Y habría que buscar algunos otros elementos que son importantes dentro de esta propuesta, porque el plan de saneamiento financiero que tiene Hacienda, por todo lo que se nos ha comentado es un plan burocrático, está hecho para que las entidades territoriales no puedan de verdad acceder a él. Nos dicen, doctor Ballesteros, los alcaldes y gobernadores nos dicen que es imposible en la investigación todos los requisitos del plan de saneamiento financiero que tiene Hacienda, lo mismo nos están diciendo las entidades, entonces busquemos cuál es el mecanismo que haga posible y loable que efectivamente pongamos en claro las deudas del sistema, para saber exactamente cuál es la fuente que vamos a usar. Hoy tenemos una inconsistencia de datos, como aquí se ha demostrado; lo segundo, una vez conocidas las deudas del sistema y los recursos del sistema, que hagamos un plan para que las que se robaron, las EPS que se llevaron la plata del sistema, las que robaron al sistema, devuelvan la plata, hagan un plan de devolución o de recuperación de esos recursos, en un período de tiempo que nos pongamos de acuerdo; y un tercero, que pongamos unos nuevos recursos, que pueden ser dados del famoso cuatro por mil, que a partir del próximo año será del dos por mil, proponemos o que se mantenga en el cuatro por mil, aquí todo se ha mantenido, y que vaya una parte para el salvamento del sector agrario y otra parte para el salvamento del sector de salud, y con esto del salvamento también en salud, pienso que tiene que haber un capítulo especial de lo que significa el talento humano, los trabajadores y trabajadoras, no podemos seguir permitiendo que ni Acemi, ni los gerentes de hospitales, sigan contratando a destajo, pagando unos salarios que no permiten que haya de verdad una posibilidad ética y que no haya el reconocimiento de la curva de conocimiento que tienen efectivamente que tener claramente los profesionales de la salud.

Aquí debe haber una educación continuada, así como lo tienen las Fuerzas Militares, miren, los pilotos de las FAC cada período de tiempo tienen una actualización cognitiva para que les permita actualizarse y eso es pagado todo por el sistema,

por qué en la salud no se puede hacer eso para garantizar que efectivamente haya una actualización permanente, por qué no aumentamos los recursos en la investigación. Esos son temas que tienen que ver claramente con la financiación y que espero que en este debate de control político nosotros podamos tener esa claridad, además el país para poder ver con legitimidad esta reforma que hoy tanto se requiere y que desde mi punto de vista no debería ser una reforma, sino un cambio estructural del sistema. Gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

A usted, honorable Senadora, con la venia de los honorables Senadores, quiero saludar al Representante Zabarain que nos acompaña, bienvenido.

Quiero, con la venia de los honorables Senadores, declarar la sesión informal para darle espacio a los invitados del día de hoy, quiero empezar con el doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, para que en un término de cinco minutos haga uso de la palabra, si requiere un poco más con el mayor gusto.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría deja constancia que hay quórum decisorio y fue aprobada la sesión informal, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Muchas gracias, Secretario.

Director de Ache, doctor Juan Carlos Giraldo:

Señor Presidente, muy buenos días, muchas gracias a usted, a los señores citantes, a todos los Parlamentarios de la Comisión Séptima de Senado, de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, a los funcionarios, señor Ministro, los Viceministros que se encuentran presentes y a todos los que están observando este debate.

Lo primero que yo tengo que decirles, como lo he dicho en muchas ocasiones, queremos agradecerle al Senado de la República, a la Cámara de Representantes, por permitirnos hablar, por permitirnos traer muchos de estos diagnósticos, que debo empezar registrando que no son nuevos, este es un tema histórico, como lo he dicho en múltiples ocasiones en este mismo recinto, no es sino que usted observe esta revista y este informe de cartera que nosotros estamos presentando y que le hemos hecho llegar a todos los funcionarios, al señor Superintendente, esa la versión número 29 de ese estudio, el solo número de la versión ya da vergüenza, esto se hace semestral, es decir, llevamos por lo menos quince años registrando religiosamente qué es lo que está pasando con este fenómeno y por eso consideramos que tenemos autoridad moral y técnica suficiente para hablar de este tema con propiedad; hemos diagnosticado que esto es una tendencia cíclica, esto es algo que se repite y que cada tres o cuatro años observa uno que hay unos leves mejoramientos y después unos serios empeoramientos del nivel de cartera, hemos obser-

vado que a pesar de esos ciclos hay una pendiente constante de deterioro de las cifras, no solamente en términos absolutos de la cartera, sino del envejecimiento y la morosidad que ya ha llegado a un 60% de la cartera morosa. Hemos observado y diagnosticado, lo hemos dicho en este mismo recinto, de leer esas tendencias y esos comportamientos no nos queda sino una conclusión macro y es que aquí se ha consolidado un mecanismo de apalancamiento financiero por unas entidades que compran los servicios pero no las pagan o no las pagan oportunamente.

Y de eso también se deriva que el sector de las IPS es en realidad el que ha venido haciendo el aseguramiento y la gestión del riesgo, la estamos haciendo nosotros porque somos los que estamos atendiendo a la población y los que estamos enjugando todas las pérdidas económicas por el no pago oportuno y por el no flujo de recursos. Ese es el carácter histórico de mi intervención.

Lo segundo, le quiero hablar de números, los más recientes que tenemos que son corte al 31 de diciembre, que coinciden con los cortes que reportaron las entidades de vigilancia y control y el propio Ministerio de Salud. En ese estudio de cartera hay una muestra de ciento treinta y un grandes IPS de este país, tanto públicas como privadas, la cifra asciende a los 4.9 billones de pesos y el 60% de esa cartera, es cartera francamente vencida, es decir que supera los límites legales de lo que es corriente y moroso y se encuentra por encima de los sesenta días, el 60%.

Cuando usted mira el régimen contributivo, encuentra que en esa muestra aporta 1.7 billones con un 59% de cartera vencida, el Estado en una de esas desagregaciones donde está el Fosyga y los entes territoriales tiene seiscientos veintinueve mil millones con 72% de cartera vencida y el régimen subsidiado 1.4 billones con 67% de cartera vencida. Usted puede mirar en este estudio individualidades y aquí les presentamos un cuadro de los diez peores deudores y miren la lista, miren el top 10: la Nueva EPS, Caprecom, Saludcoop, Fosyga, Cafesalud, Emdisalud, Coomeva, Antioquia, Comfama y Coosalud. Llama la atención dentro de ese listado que las mayorías de esas entidades, o son del Estado, o tienen participación del Estado, o son netamente públicas o son entidades como el propio Fosyga, de esos diez, hay siete que están en esa condición. Ahí es donde uno no entiende cómo en estos planes que exige el propio Ministerio de Hacienda, de Saneamiento Fiscal, tiene una visión un tanto esquizofrénica de este asunto, por una parte exige una cantidad de cosas, cuando por el otro lado desconoce o no observa que aquí hay unos problemas que están en la mano derecha del propio Gobierno.

Usted también puede encontrar que si hace la discriminación dentro de estos deudores por las que son entidades intervenidas, liquidadas o en vigilancia especial, ahí hay un problema de 1.6 billones, es decir, una tercera parte del problema

está ahí, en manos del propio Gobierno, del propio Superintendente o de las entidades competentes y esas entidades tienen un 67% de cartera vencida, es peor que el promedio. Y hay otras entidades que están pidiendo tratos excepcionales y que yo tengo que traer aquí a colación, entidades, aseguradoras, EPS derivadas o relacionadas con las cajas de compensación familiar, tienen 1.1 billones en este reporte con un 62% de cartera vencida, es decir, peor que el promedio, el ya malísimo promedio que estamos reportando.

Yo debo decirles a ustedes en mi tercer punto, señor Presidente, qué se ha hecho con la cartera: con la cartera se ha hecho mucho trabajo por parte del sector hospitalario, no solamente venir aquí a ver si de pronto entonces se consiguen más platas, no, el sector ha hecho gestión y se ha desgastado intensamente en este tema, le puedo decir varias cosas, se han mejorado los sistemas gerenciales, mejores sistemas de información, hemos dedicado ejércitos completos de funcionarios a hacer trazabilidad en las facturas y a hacer facturación, dedicamos mucho personal a ese tema, cuando debería dedicarse más a cosas asistenciales; buscamos créditos con los bancos, buscamos acercamientos y soluciones directas, propiciamos las auditorías concurrentes, buscamos con los bancos también mecanismos de factor y de compra de cartera, acudimos a la justicia, estudiamos, publicamos denunciamos, medimos el fenómeno y solicitamos la intervención de las entidades de inspección, vigilancia y control. Hemos propiciado acuerdos de pago con el Seguro Social en su oportunidad, con Caprecom en su oportunidad, recientemente con Solsalud, con Salud vida, con otras entidades, en un intento por recuperar directamente esta relación y estos dineros.

Hemos acudido a todos los eufemismos que se han inventado en este país, las conciliaciones, las pre conciliaciones, las auditorías de todo tipo, recientemente se denominan a los aclaratones, hemos participado también con ustedes en todos estos debates de control político para hacer propuestas, porque a ustedes les consta que siempre traemos un diagnóstico, pero también tenemos una vía de tratamiento, por eso en la Ley 1122, después de que ustedes nos escucharon, se lograron incorporar cosas como la determinación exacta de cuáles eran los tiempos de pago, de cuáles eran los movimientos de las facturas, de cuántos eran los porcentajes de pago anticipado, de los procesos de glosa y los intereses de mora. En la 1438 además de todo eso, también se habló de los fondos de salvamento por primera vez, se habló de ponerle un punto final a las glosas, de sancionar a los morosos, se habló del porcentaje de administración y del porcentaje de prestación de servicios, se habló de los giros directos. En épocas más recientes inspiramos, y eso lo hablamos con el Ministro Santamaría en su época, cuando se abrió nuevamente el Ministerio de Salud a través de ese decreto ley que es el 4107, se creó una nueva subcuenta en el fondo de solidaridad y garantía, que es la subcuenta de garantía.

¿Cuáles son los resultados hasta el momento?, la verdad son muy frustrantes, encontramos que no hay acatamiento, que no se mejora la situación, las cifras hablan por sí solas y que no se implementan esas reglas nuevas, no se terminan de reglamentar.

Respondiendo a la pregunta de invitación a este debate, que es la ley más reciente que tiene que ver con flujo de recursos, la Ley 1608, les doy nuestra lectura de qué es lo que ha sucedido hasta el momento: lo primero, en el tema de las cuentas maestras, observamos las respuestas que va a presentar el señor Ministro en un documento que ya circula y coincidimos, la verdad, el mayor énfasis, lo están queriendo destinar las entidades territoriales al incremento o al mejoramiento de la infraestructura; en segundo lugar, al pago de las deudas, una cuarta parte de lo que hay en cuentas maestras, pero en realidad los desembolsos efectivos que se han dado por ese mecanismo son exigüos, creo que no superan los sesenta y cinco mil millones de pesos, después de casi un año de entrada en vigencia de esta ley.

Con respecto al giro directo del régimen subsidiado, debo decir que tal vez es el único mecanismo que está dando algo de liquidez en el sistema de salud, se encuentra alrededor de un 60%, un poco más del 60%, la pregunta es: si se dice en esa propia ley, especialmente para los intervenidos, liquidados o en vigilancia especial, que debería ser mínimo del 80%, por qué todavía estamos en el 60%. Eso se debería llevar al 100% o al 92% si es que tienen que reservar la parte administrativa, eso en el régimen subsidiado, reconocemos que a ha habido algo de movilización, de recursos, pero no es completo.

La subcuenta de garantías, no se ha movido ni un centavo hasta el momento, hay algunas apropiaciones presupuestales que el Ministro nos la va a presentar seguramente con centavos, pero no hay desembolso efectivo de ese mecanismo. El giro directo del régimen contributivo, que ustedes también lo sacaron, Senador Ballesteros, en esa ley, no se ha movido ni un centavo, por qué, porque no se ha reglamentado el mecanismo para hacer ese bypass en la compensación que se requiere para poder hacer giro directo en el régimen contributivo y las líneas de, ah, eso sí, hay algún antecedente de una excepción del 50% de pagos de recobros, que es como una especie de estrene del giro directo en el régimen contributivo, pero eso no se ha convertido en recursos adicionales, sino en recursos supletorios dentro del flujo de recursos de las EPS hacia las IPS.

El tema de las sesiones de las líneas de crédito, la línea de crédito no es un invento de la ley 1608, existe desde hace mucho tiempo, antes fue con el IFI, ahora con Findeter, desde el 2004 nosotros tenemos una línea de crédito, me referiré al final de mi intervención a ese tema. Y el asunto de la sesión de cartera, que era una de las grandes esperanzas, especialmente para el sector hospitalario, privado y de las clínicas, apenas ayer empezó a

circular una resolución que es la 3239, firmada el 28 de agosto, donde sale un instructivo para echar a andar eso; tantos meses después, tanta insistencia, están los mecanismos y no vemos los resultados, no sé a qué se debe eso, yo creo que eso es parte de las respuestas en este control político.

Quiero avanzar hacia el qué hacer, porque la situación crítica cada día está empeorando, yo creo que el Gobierno y el país se ha acostumbrado a esta crisis sostenida en el tiempo y se ha acostumbrado porque el sector hospitalario de manera ética mantiene sus puertas abiertas, pero no teman ustedes a un paro del sector hospitalario, teman la parálisis del sector hospitalario, que hacia allá vamos por física sustracción de recursos o sustracción de materia para poder mantener abierta la operación. ¿Qué es lo que se debe hacer, señor Ministro, señores funcionarios y señores Congresistas?, este tema hay que dividirlo en tiempos, de acuerdo al tiempo hay que mirar cuáles son los momentos y cuáles son los mecanismos que se deberían implementar, miremos de aquí hacia atrás, es decir de lo que ya se ha generado como cartera, hay que dividir esa cartera generada en una cartera recuperable y en una cartera irrecuperable, esa cartera recuperable al final, este es un tema financiero que se resuelve es con movilización de recursos, no desbarajando la misma pobreza o tratando de conseguir unas economías dentro de lo que está circulando, no, coincido con muchos Senadores que dicen que aquí ya se perdió mucha plata y con muchas entidades de vigilancia y control. Aquí, para esa cartera que es generada y que es recuperable, porque las entidades que la deben, la adeudan, están funcionando, se debe hacer que ese mecanismo que ayer se estrena, que es el de la sesión de cartera, a través de la subcuenta de garantías, primero tenga fondos suficientes, con ciento treinta y dos mil millones de pesos, viendo la magnitud de estos billones que ustedes observan, eso no va a alcanzar para nada; hay que tener recursos suficientes para que ese mecanismo funcione.

Segundo, se debe hacer obligatorio, eso no puede ser si la EPS quiere o no quiere y si tiene la voluntad, tiene que ser obligatorio ese mecanismo para poder reemplazar el flujo de recursos, tiene que privilegiar tanto lo privado como lo público y les propongo una cosa adicional, ustedes que van a hablar con el Ministro de Hacienda, propagan que sea la DIAN la que entre a cobrar, no pongan al Fosyga a que cobre, que sea la DIAN, a ver si le hacen todas las bromas y todas las triquiñuelas a las que nos han acostumbrado en este sector y que sea la DIAN la que vaya y tome posesión de bienes, que sea capaz de embargar o que vaya a las últimas consecuencias para recuperar al máximo los dineros de lo que todavía, de las entidades que todavía están funcionando.

Eso se debe complementar también con qué, con líneas de crédito, pero no para los hospitales, es que esta es una verdadera paradoja, nosotros somos los que estamos trabajando y prestando, so-

mos una especie de banco al interior del propio sistema. A nosotros no nos sirve que solamente nos den líneas de crédito, eso sirve para fomentar otras cosas, que le den líneas de crédito a las EPS o a los deudores, y que con esas líneas de crédito tengan desembolso directo para las IPS y que ellos tengan que encargarse de pagar la deuda.

Con respecto a lo irrecuperable, Senador Santos, es decir aquellos que ya se fueron o que van a ir al esquema de liquidación, esa liquidación tiene que tener respaldo del Gobierno o del Estado colombiano. Nosotros sí creemos y estamos de acuerdo con lo que tal vez dijo el Ministro la semana anterior o hace dos semanas: aquí, ustedes, tienen en la mano la oportunidad de conseguir la adición presupuestal suficiente para que esas liquidaciones se den con responsabilidad y con recursos, que no nos pase lo que ya nos ha sucedido en otras ocasiones, donde se han ido y se han llevado todo y le han dejado un hueco financiero al sector hospitalario.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Con todo cariño le pido que vaya redondeando por favor.

Director de Ache, doctor Juan Carlos Giraldo:

Ya voy a terminar, Senador, mire, la adición presupuestal tiene que llegar y si hubo negligencia por la entidad que sea, pues que entre a operar la justicia penal y todas las entidades, tanto disciplinarias como de responsabilidad fiscal, penal, disciplinaria, de todo tipo y que entren a buscar la restitución de esos dineros, pero que sea un proceso posterior, porque el sector necesita liquidez para poder vivir. Eso era con lo que ya está causado, ahora, miremos el presente, ojo, esto es para el Ministro de Hacienda especialmente, mire, la única transición viable, señores Senadores y Senadoras, es que aquí haya giro directo completo en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo, si eso no se hace, la magnitud de recursos que no se trasfiera al mecanismo de giro directo, va a ser la misma magnitud de recursos que se va a tener que recuperar a través de mecanismos como adiciones presupuestales para tapan el hueco que se va a generar. Mire, yo lo pongo de manera metafórica en esto, es como si aquí el Ministro de Hacienda hubiera dicho, voy a devaluar el peso dentro de un año, pero eso sí, no se muevan, no hagan nada, por supuesto que los agentes se están moviendo; o si un Superintendente de Sociedades o de otras entidades llega a decir, aquí, a ese captador ilegal de recursos, lo voy a intervenir dentro de un mes, pues por supuesto que se llevan todo. Lo mismo está pasando aquí en el sistema de salud, este es un momento en el que estamos avanzando a una incertidumbre importante, hacia una reforma del sistema y todavía los mismo infractores crónicos están recibiendo toda la masa monetaria del sistema de salud, el sistema tiene que preservar esos recursos, termino diciendo, y eso tiene que ser en contributivo y en subsidiado, el futuro inmediato,

nosotros creemos, que es la reforma al sistema de salud, ¿a quién le queda duda después de lo que aquí hemos observado?

Yo creo que esa creación del Fondo Salud Mía, que es un mecanismo para recuperar para el Estado colombiano, el manejo y control de los recursos del sistema de salud, es bienvenido, por supuesto que le tienen que afinar algunas cosas y en la pedagogía el Ministro va a tener que hacer un esfuerzo superlativo para que la gente entienda esto de qué se trata.

No creo que nadie pueda tener dudas de que esos Gestores o esos administradores no pueden manejar la plata, tiene que ser ex pos que se les gira una plata por la labor administrativa que cumple. Llamo la atención, señores Senadores, porque la ponencia para segundo debate hay un error monumental, que vuelve el debate atrás y es a los gestores les dan nuevamente las UPC como ingreso, cuando en la primera ponencia eso era una reserva que había en el Fondo Salud Mía.

Yo quiero terminar, Senador, diciendo que este es el único sector que tiene este comportamiento, no paga a tiempo, rechazan las facturas después de que se prestaron los servicios, modifican las tarifas después de que se pagan los servicios, no se reconocen intereses de mora, es decir el valor del dinero en el tiempo se perdió, los infractores mantienen el flujo de recursos y a veces se castiga hasta el que usa la justicia.

Un comentario para terminar con respecto a esto, nos parece peligrosísimo que se siga avanzando por el tema de aclaraciones, con todo lo que respeto a los funcionarios y entendiendo el esfuerzo que ha hecho, pero miren ustedes, aquí lo que se ha dicho es que no hay claridad en las cuentas; yo sí les llamo la atención a ustedes, señores Senadores, sobre este informe que va a presentar el Ministro a continuación, cómo puede ser que aquí nosotros presentamos como hospitales las cifras corte a corte, 60, 90, 180, más de 360, todas, mientras que las EPS, ustedes como funcionarios cómo pueden aceptar y la Superintendencia de Salud, que presenten una tabla donde se dice que son cuatro billones de pesos, pero claro, es que hay dos columnas que no existen, las cifras de deudas mayores a 180 días y las mayores a 360 días.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Doctor Juan Carlos, por favor.

Director de Ahc, doctor Juan Carlos Giraldo:

Yo creo que aquí se tiene que llamar a los revisores fiscales a que miren eso, un proceso de aclaración debería partir de ustedes mismos mirando la calidad de los datos que están recibiendo, aquí hay muchos millones perdidos, o se perdieron las columnas o hay un deliberado no reporte de las cifras.

Creemos, señor Senador, señor Ministro y señores Congressistas, este es un momento desesperado del sistema de salud, la secuencia es resolver

la crisis, hacer una breve e inteligente transición y cambiar el sistema de salud a través de algunos de los componentes que se están tramitando en la reforma al sistema. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

A usted, doctor Juan Carlos Giraldo, le ofrecemos el uso de la palabra al doctor Gilberto Toro, no sé si esté en el recinto. Por cinco minutos tiene el uso de la palabra, en representación de la Federación Colombiana de Municipios.

Federación Colombiana de Municipios, doctora Sandra Milena Castro:

Presidente, muchas gracias, en nombre del doctor Gilberto Toro, quien se encuentra atendiendo una agenda en el exterior y no se pudo presentar, les envía sus excusas y también nuestros agradecimientos porque esta Comisión, en donde estuvimos hace 15 días presentando nuestras observaciones sobre el proyecto de ley de reforma ordinaria a la salud, pues trajimos también el tema de crisis hospitalaria que hemos discutido con la Federación de departamentos, con la asociación de IPS, de manera que voy a ir, digamos, muy rápido a los puntos concretos, agradeciéndoles que hayan hecho caso a ese llamado que hicimos hace unos días y es muy preocupante, es un tema muy sensible para los alcaldes y alcaldesas, el tema del ajuste fiscal hospitalario por dos razones y creemos que la dificultad está en la visión centrada en el tema fiscal, y es que nuestra pregunta es básicamente: si la instrucción es incluir estas deudas en los marcos fiscales de mediano plazo de las entidades territoriales, significa esto que en el largo plazo, municipios y departamentos tendrán que pagar lo que, como ha salido hoy aquí, parece ser en su mayor parte deudas de las EPS, eso, digamos, ese riesgo lo vemos latente, nos parece sumamente grave, pero más grave aún el tema de que con un criterio únicamente fiscal, evaluemos quinientos cuarenta IPS, la mayoría de las cuales están ubicadas en municipios pequeños, después de que llevamos discutiendo una reforma estructural al sistema en la que nosotros desde los municipios hemos insistido en que uno de los problemas más graves es la falta de acceso efectiva a la prestación de servicios de salud, sobre todo en los municipios más pequeños y más alejados.

Luego, lo que sí queremos pedirle al señor Ministro de Salud, con quien hemos tenido muy buen diálogo, a su equipo de trabajo y con todo respeto es que retome, es que el sector salud retome el liderazgo del tema de ajuste fiscal hospitalario porque hemos visto que ha quedado en manos del Ministerio de Hacienda y con todo lo valioso que es el aporte de la dirección de apoyo fiscal, cuando estamos hablando de algo tan sensible como el derecho fundamental a la salud y cuando el riesgo es, digamos, cuando estamos pidiendo que simplemente haya un ajuste fiscal, que en últimas significa, podría significar, cerrar servicios empeorando el acceso en los municipios pequeños y alejados, pues nos parece sumamente grave que el Minis-

terio de Salud no tenga una presencia más fuerte, más clara y definitivamente un liderazgo en este proceso.

Entonces, ese es uno de nuestros llamados y eso en el tema de corto plazo y para que lo miremos en el tema de la reforma en la ponencia que ustedes van a revisar mañana con el Ministerio de Hacienda, algunos de estos temas, esperamos se puedan seguramente resolver allí, además de otras medidas de corto plazo que se puedan tomar, además porque en lo que hemos revisado muchas cosas se podrían solucionar también reglamentando cosas que ya se encuentran vigentes en la ley y a las que les ha faltado aplicación o reglamentación. Pero también además de este tema de la crisis hospitalaria en donde, por supuesto que lo que es absolutamente central es aclarar las cuentas, así como logramos aclararlas para los municipios frente al régimen subsidiado, es definitivamente indispensable aclarar las cuentas entre EPS y IPS; también es importante tener en cuenta otros temas económicos dentro de la reforma, por ejemplo los municipios siguen siendo responsables del tema de salud pública y esto ya lo hemos compartido anteriormente; todos los recursos de SGP de los municipios van a Salud Mía sin ninguna distinción, allí nos parece importante que lo que son recursos de salud pública mantenga esa distinción expresa como está actualmente.

Hemos propuesto en los debates anteriores, que se establezca cuál es ese menú básico que debe tener todo hospital local de servicios y que volvamos aquí a un esquema de subsidio a la oferta, es decir, porque justamente entremos en parte a este tema del ajuste fiscal hospitalario, porque es que no hemos entendido que como este es un tema en el que el mercado no funciona de manera perfecta, que hay sitios en donde el mercado pues no abastece los servicios de salud que se necesitan, pues en algunas partes esto tiene que funcionar de manera subsidiada, de manera apoyada con telemedicina y allí creemos que recuperar la figura del subsidio a la oferta le ahorraría a los hospitales pequeños ese ejército de personal administrativo que se dedica a la glosa, de la glosa, de la glosadera y se podría digamos basar en un tema de facturación, de revisión de que los servicios que se establezcan funcionan efectivamente y seguramente se mejoraría mucho la prestación del servicio en lo local. Y, finalmente, un llamado a algo que también hemos discutido con el señor Ministro y es una revisión de cuál podría ser una política estructural y global de financiación de la actualización de la infraestructura y la dotación hospitalaria, sobre todo en los pequeños centros, porque allí hemos generado nosotros, debemos reconocerlo, muchas presiones sobre fuentes que el Ministerio de Salud dice: no son tan grandes, pero es que para los municipios es absolutamente central buscar dotaciones que en realidad son absolutamente básicas para atender partos, para atender, digamos, casos muy puntuales y finalmente esto son solamente digamos algunas recomendaciones pero toda nuestra posición

conjunta sobre el tema de ajuste fiscal hospitalario está en el comunicado que citó el Senador Ballesteros y que agradecemos que ustedes hayan tenido a bien poner en consideración en este espacio. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno, quiero agradecerle por la puntualidad y le ofrezco el uso de la palabra al doctor Jaime Arias, Presidente de Acemi. Bien pueda, señor Presidente.

Presidente de Acemi, doctor Jaime Arias:

Muchas gracias, Senador Santos, Presidente, Senadora Ramírez, Senador Ballesteros, demás Senadores citantes y presentes, muchas gracias por la ocasión que nos dan para expresar nuestros puntos de vista sobre estos problemas. Yo creo que el sistema de salud tiene entre muchísimos problemas, como los ha citado el Senador Ballesteros, tres muy grandes: un problema de calidad, de oportunidad, de calidez de los servicios; un problema de regulación muy ambiguo, atiborrada, cambiante, que le da una gran inseguridad jurídica; y un problema de insostenibilidad financiera.

Como esta sesión es para hablar del tema financiero, me voy a dedicar a él. Lo primero que quiero decir es que el sistema de salud de Colombia es hace rato un sistema insostenible financieramente, cuando aquí se habla de deudas de doce billones o de cuatro por el otro lado, eso lo que nos están diciendo es que aquí hay un hueco financiero muy grande en el sistema, necesariamente demuestra que el sistema viene siendo insostenible hace varios años, pero se ha sostenido el funcionamiento, ahí se va arrastrando, unos arrastran a otros, unos financian a otros, no solamente las IPS, las EPS también están contribuyendo a la financiación del sistema. Entonces el sistema es insostenible para muchos actores y el sistema en sí globalmente.

Bien, hoy tenemos unos problemas serios de deudas y de flujo de recursos, de EPS a IPS, de Fosyga a EPS, las EPS nunca han negado que hay una deuda, que ellas deben unos recursos a las IPS y a proveedores, eso es así, las diferencias son en cuanto a la cuantía. Aquí hoy hemos visto una cifra que realmente preocupan no solamente por el tamaño de ellas, sino por las diferencias que hay; es que uno no puede decir: mire, yo le doy a usted cien pesos y resulta que son doscientos, detrás de esto se muestra una situación muy complicada, en donde las cuentas son absolutamente oscuras y entonces no es fácil ponerse de acuerdo en primer lugar en cuál es la cuantía de esas obligaciones. De todas maneras esta la Superintendencia de Salud finalmente, para que dirima u otro mecanismo, inclusive mecanismos judiciales para que dirima cuál es la cuantía de esa, quién le debe a quién, cuántos días de demora tiene esa deuda, eso tiene salidas, no son fáciles, yo lo reconozco, pero hay muchas formas de intentar hacer un acercamiento. Yo tampoco creo mucho en los mecanismos que se han ensayado en el pasado, me parece que tenemos

que buscar unos mecanismos mucho más claros y el que debe, debe, y el que debe tiene la obligación de pagar en la medida de sus capacidades.

Entonces, cuando ustedes ven los estados financieros de los hospitales, que llegan a la Superintendencia de Salud, encuentran que sí en efecto hay 50% de hospitales o algo así en situación de alto peligro financiero, pero cuando ustedes ven los estados financieros de las EPS, yo aquí estoy representando solamente a doce EPS, quiero ser muy claro en eso, doce EPS del régimen contributivo. La situación, honorables Senadores, del Contributivo y el Subsidiado es muy distinta, por eso no me quiero, no quiero cruzar aquí los puentes para llegar al régimen subsidiado, ese es otro asunto, yo estoy hablando aquí del régimen contributivo.

Entonces ustedes ven los estados financieros de estas empresas serias, por lo menos las que están en el gremio de Acemi y encuentra que el año pasado, según los informes de la Superintendencia Financiera prácticamente la mayoría, casi la totalidad, tuvo pérdidas, pérdidas que ascendieron a trescientos veinte mil o trescientos treinta mil millones de pesos. Entonces no es que se estén quedando con la plata, puede que haya unas EPS que se hayan quedado con la plata y tendrán que devolverla, tendrán que responder ante la justicia. Ahora, si alguien duda de esos estados financieros y aquí se mencionó, hay auditores, esas EPS tienen revisores fiscales que tienen que responder por las cuentas que se envían a la Superintendencia de Salud.

Pero bien, ese es el problema de hoy, ese problema arrastra al sistema, un sistema donde hay deudas tan cuantiosas y pretende dar un paso adelante y convertirse en otro sistema, ¿eso será posible?, yo sí me lo pregunto, con la cuantía de estas acreencias, será posible dar así de la noche a la mañana el salto a un nuevo sistema, a pesar de que haya la transición como la que se ha previsto en los proyectos de ley, yo lo dudo. Pero hablemos del mañana, que creo que ese es el sentido de esta citación al Ministro de Salud y al Ministro de Hacienda, ¿cómo vemos nosotros el futuro del sistema de salud de Colombia, con o sin reforma?, negro, devastador y veamos por qué: tenemos, nosotros también hacemos cuentas y voy a mostrárselas, todo el día hacemos cuentas, esa es parte de la tarea, tanto de Acemi como de las EPS, hacer cuentas, sí señores.

Bien, ¿Qué va a pasar mañana?, mañana van a suceder tres cosas, en primer lugar un aumento enorme de las expectativas y de los gastos reales del sistema; en segundo término, vamos a tener un debilitamiento en la gestión del control de riesgo financiero; y en tercer lugar va a continuar este viraje que se dio desde el año pasado, tendiente a que el sistema de salud se financie con impuestos generales y no con las contribuciones con que se venía financiando, con que se viene todavía financiando parcialmente. Estos tres factores van a hacer muy complicada la vida del sistema de salud en el futuro. Gastos y expectativas.

La financiación del POS, eso es muy preocupante, en primer lugar porque hay un proyecto de incorporar en el POS lo que fue el no POS, el no POS fue fatal para el sistema, permitió, como lo hemos dicho reiteradas veces, toda clase de abusos de todos los actores, incluyendo EPS seguramente. Ese no POS que llegó a representar hasta el 25% del valor del POS, ahora se busca incorporarlo en el POS, eso tiene unos costos altísimos, entre otras cosas porque aquí se mostraron unas cifras, creo que fue el Senador Ballesteros, mire, el año pasado, el Senador Ballesteros, lo no POS, no todo se recobró, llegó a costar cuatro billones de pesos, no dos y pico, un billón de esos ni siquiera fueron a recobro, mejor dicho las EPS no los presentaron al Fosyga porque eran cuentas menores de cincuenta mil pesos o porque había dudas, un billón, entonces tres billones. Se ha hecho un gran esfuerzo de parte del Ministerio, pero él no POS sigue disparado y cuando se incorporaron unas tecnologías al POS se dijo: bueno, esto va a ceder, no, se bajaron los precios de esas tecnologías, pero se aumentó la tasa de uso de las mismas. Entonces la incorporación del no POS, que ya no solamente va a ser para el régimen contributivo, sino también para el subsidiado, puede costar tranquilamente según nuestros cálculos para ambos regímenes, puede costar unos tres, cuatro billones de pesos, depende de lo que se incorpore, eso hay algún dinero, algunos recursos en el Fosyga.

Bien, las nuevas tecnologías, yo veo a la gente como muy tranquila cuando dicen, bueno, se le puso tope a los precios de los medicamentos, pero quién habla aquí de las nuevas tecnologías, de los nuevos medicamentos que van a llegar al país, ahora han sido los biotecnológicos, pero cuando se incorporen los medicamentos personalizados que vienen con los diagnósticos del genoma humano, que ya se están utilizando en Europa y en Estados Unidos, quién va a detener eso o será que aquí nos vamos a resistir a que ingresen a Colombia para el tratamiento de cáncer o enfermedades raras, etcétera, esos nuevos medicamentos que ya existen en el mercado mundial. Entonces eso seguirá.

En tercer lugar las liquidaciones que aquí se han mencionado, liquidaciones de estas EPS que están por liquidarse en la Supersalud, que valen 1.57 billones, entre las cuales hay curiosamente algunas del régimen contributivo. Aquí quiero hacer un paréntesis, honorables Senadores las EPS no están pidiendo que les regalen un solo peso, las EPS privadas del régimen contributivo son empresas que tienen que responder por sus recursos, nosotros no estamos pidiendo auxilios gubernamentales de ninguna clase, yo creo que no se pueden dar, creo que son inconstitucionales además. Pero bueno, el cálculo del Ministerio es de 1.7 billones para el pago de esas empresas en liquidación, unas del subsidiado, algunas del contributivo y la mayor parte públicas. ¿Qué va a pasar el día, como se ha anunciado, que se resuelva liquidar a Caprecom, que entiendo le debe a los hospitales ochocientos treinta mil millones de pesos?, ¿de dónde va a sa-

lir ese dinero?, claro, esa es una sola erogación, ochocientos treinta mil millones, no es un gasto recurrente. ¿Qué va a suceder con el pago de las demás dudas, las que deben las EPS del régimen contributivo y subsidiado?, ¿Cómo se va a manejar eso en relación con el futuro sistema de salud?

Los costos laborales, es que aquí cuando de pronto se hace una promesa se destapa una caja de pandora y aparecen serpientes por todos los lados, aquí se han destapado muchas cajas de pandora afortunadamente; hay una deuda con los trabajadores, no de las EPS quiero advertir, más que todo de hospitales públicos y Empresas Sociales del Estado, esa caja se abrió ya y según el Ministerio vale doscientos cincuenta mil millones de pesos anualmente, nuestros cálculos son distintos, pero bueno, respetamos los del Ministerio. ¿Qué va a pasar con el tema, que si no estoy mal mencionó el Presidente Santos, de la formación de recurso humano?, yo también creo que debería estar incorporado en el sistema, o fue la Senadora Ramírez, la formación permanente de recurso humano. ¿Cuánto vale eso?, por ahí un calculito de quince mil millones de pesos, eso vale muchísimo más. ¿Qué va a pasar con el fondo de garantías o va a seguir siendo un fondito de ciento treinta mil millones de pesos como el que tenemos hoy que no sirve absolutamente para nada?, es un chiste. ¿Qué va a pasar con los subsidios a la oferta?, porque hay una serie de hospitales que van a tener que ser subsidiados, como lo fueron históricamente, porque sus cuentas no dan, simplemente no van a dar por los compromisos laborales o por cualquier otra razón, ¿qué va a pasar cuando se comience a organizar el Fondo Salud Mía? Yo no sé si el Ministro Gaviria dijo algún día que eso podría costar hasta un billón de pesos, yo creo que no es tanto, pero sería bueno que nos contara cuánto vale construir Salud Mía.

Bueno, y otro tema, ¿Cuánto vale la mejoría de la calidad de los servicios médicos?

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Doctor Arias, le ruego el favor que vaya redondeando.

Presidente de Acemi, doctor Jaime Arias:

Sí señor, gracias Presidente. ¿Cuánto va a costar la mejoría de los servicios médicos? ¿Cuándo se va a hacer eso? Bueno, y hay una debilidad de la gestión del riesgo financiero, con el proyecto de reforma ordinaria especialmente. La autonomía médica que todos celebramos, yo soy médico, me encanta conceptualmente que se hable de la autonomía médica plena y de unas juntas de médicos que ahora van a ser los ordenadores primarios del gasto y qué va a pasar cuando se apliquen, como se deberían aplicar, los principios aprobados en la ley estatutaria, el principio pro hómone, el principio de la integralidad, de la progresividad, etcétera, que son como cinco o seis principios que todos tienden a encarecer los servicios, y qué va a pasar cuando se elimine, como está hoy en la ley ordinaria, la integración de primer nivel, cuando no pueda haber

control desde el primer nivel de los costos, qué va a pasar cuando estas Gestoras no puedan constituir sus redes y, finalmente, ¿cómo vamos a financiar esto? A mí me parece muy importante honorables Senadores, que el Ministro de Hacienda que va a ser el nuevo pagador del sistema, se comprometa ante el Senado de la República, con los recursos recurrentes especialmente de los próximos diez años, ellos tienen ahí una, los Ministerios de Hacienda son básicamente unas tesorerías y ellos lo que hacen cuenta es de lo que tienen en caja y claro en caja hay unos pesitos, los dos billones del Fosyga y otros, ¿pero tienen el cálculo real de los nuevos, de la nueva incorporación de gastos en el sistema?, ojalá el Ministro se comprometa, mire, entre salud y pensiones el Ministerio de Hacienda en los próximos veinte o treinta años, va a tener que pagar un altísimo porcentaje, algo así como el 20% del presupuesto nacional, de manera que es absolutamente importante; ¿cómo se puede adelantar una reforma a la salud sin haber hecho estas consideraciones financieras que son las primeras que se deben hacer?, bueno, pero por lo menos hoy ustedes han promovido esta reunión.

De manera, honorables Senadores, al reitera mi agradecimiento, les quiero decir que yo por lo menos veo el futuro del sistema de salud desde el punto de vista financiero absolutamente negro, apuesto lo que sea, en cinco años si todavía uno está vivo quisiera ver los resultados de esto, porque una cosa es legislar con la mejor buena voluntad, una gran capacidad técnica y otra cosa es buscar los pesitos cuando no los hay. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Gracias, doctor Arias, le ofrezco el uso de la palabra a la doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de ACECI.

Doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de ACECI:

Bueno, muchísimas gracias, señor Presidente y a todos los honorables Senadores por la participación que nos permiten en la mañana de hoy. Yo tengo una presentación en donde no voy a repetir muchas de las cosas que dijo Juan Carlos y afortunadamente él prácticamente habló todo lo concerniente al tema de cartera, y agradecería mucho la atención porque realmente el tema fuera del problema de cartera, el problema de flujo de recursos, lo que habló en una parte el Senador Ballesteros de riesgo fiscal y financiero, es lo que de entrada no nos va a permitir ni siquiera que pasemos después de la reforma, cuando haya reforma no va a haber hospitales y digo esto porque infortunadamente ya de entrada hay dos hospitales en capilla para liquidar en Antioquia, gracias al riesgo fiscal y financiero.

Yo inicio solamente diciendo que con el reporte de cartera, este reporte es 2193, o sea cifras oficiales del Ministerio de Salud a 31 de marzo, el Ministro presentaban cartera de 3.6 billones a 31 de diciembre, vemos cómo en este momento es 4.1 a

31 de marzo, quiere decir que ha crecido un 13.8% de diciembre a marzo y llamó la atención el envejecimiento de esa cartera, 41% equivale a cartera mayor de 360 días, con un agravante y es que si ustedes revisan el proyecto de ley, voy a mezclar algunas cosas, habla de la prescripción de cuentas después de un año, si este es el panorama que tenemos, si las EPS o las nuevas Gestoras son las que van a tener la posibilidad de autorizar el giro y de auditar las cuentas, nada nos va a garantizar que el panorama que hoy estamos viviendo, en donde lo que precisamente se busca es que las cuentas se envejecan para no pagarlas y miren que las cifras no son despreciables, por el contrario es el 41% de nuestra cartera.

Yo quiero empezar con un antecedente con relación al riesgo fiscal y financiero que va a ser básicamente la presentación y llamo la atención que es que desde el Decreto número 133 en emergencia social empezaron con el riesgo fiscal y financiero y cuando uno analiza el Decreto número 133 en los artículos que ahí se mencionan, es totalmente copiado a lo que hoy tenemos en la 1438, exactamente con las mismas consecuencias de liquidación de hospitales.

Este es el marco normativo, está la Ley 1438, la 1450 que fue Plan de Desarrollo, Ley 1608, las Resoluciones número 2509 del Ministerio de Salud, posteriormente 1877 y finalmente el Decreto número 1141 de Hacienda. Ahora bien, es curioso que mientras la Ley 1438 hable de que deben evaluarse los hospitales pero que deben tenerse tres condiciones mínimas; condiciones de mercado, de todos los hospitales que son más o menos 1100 hospitales, solo 41 fueron tenidos en cuenta para condiciones de mercado y fueron tenidos en cuenta por dispersión geográfica o fueron tenidos en cuenta porque manejaban población de salud mental, fuera de eso las condiciones de equilibrio financiero que es básicamente con lo que nos están midiendo y yo llamo la atención porque a nosotros nos están midiendo no desde el punto de vista contable, ni siquiera, nos están midiendo es desde el punto de vista de flujo de caja, qué quiere decir esto, que solo podemos gastar lo que recaudemos, como si dependiera de los hospitales realmente el recaudo.

En esta siguiente vemos las condiciones del mercado que no fueron tenidas en cuenta, el 70% de las EPS incumplen margen de solvencia y patrimonio mínimo o uno de los dos. El 95% de las EPS en el régimen subsidiado no cumplen con el porcentaje mínimo de contratación que tienen que tener con la red pública, hay fragmentación de servicios y sigue el problema irregular de cartera y obviamente en el flujo de recursos.

Ahora bien, mirando y quiero tener el contexto, la normatividad para que pues ojalá, que es la petición final, y es que realmente sea derogada la Resolución número 2509, esta resolución fue la que emitió el Ministerio de Salud y fue la que definió el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, con

esta resolución entraron 403 Empresas Sociales del Estado en riesgo alto y medio. Posteriormente vino la Resolución número 1877 en donde definió la adopción de sus planes, y definió el riesgo para el año 2012, este año, y ya pasamos de 460 a 540 Empresas Sociales del Estado, como lo mencionaba el Senador Ballesteros, más de sesenta por ciento de los hospitales públicos.

Ahora bien, el Decreto número 1141 determina parámetros de viabilidad de esas Empresas Sociales del Estado, en ese decreto hay unos puntos que son de bastante riesgo para nosotros y es el llamado que yo les hago: primero, hay un tema que no puede desconocerse y es que cuando salió el primer decreto y el Ministerio de Salud fue el encargado de definir las directrices, llegó un momento en que cuando Hacienda emitió la posterior resolución y el posterior decreto, perdón, desconoció absolutamente todo lo que se venía haciendo y trabajando, casi un mes con los hospitales públicos, quiere decir que los hospitales públicos perdieron un mes de trabajo, los que habían sido clasificados en riesgo alto y medio porque Hacienda desconoció absolutamente toda la metodología que venía haciéndose con el Ministerio de Salud, con el agravante que mientras que con el Ministerio de Salud se venía trabajando con base en el Decreto número 2193 que es la información oficial que reportan los hospitales, Hacienda desconoce completamente lo del 2193 y pide cuadros totalmente diferentes que tiene que llevar a hospitales a sacar información de cinco años atrás, información discriminada de contratos, información que ni siquiera tienen a la mano a veces los hospitales.

Otro tema que es grave, es que exige que los alcaldes o los gobernadores incorporen en el marco fiscal del mediano plazo del departamento, o sea que sean como codeudores o financiadores de los planes de riesgo fiscal y financiero, y eso llevó, siguiente, eso ha llevado a que sea de difícil cumplimiento por la situación financiera también de muchos municipios y ahí es donde abrieron la puerta para que empiecen a liquidar hospitales.

De entrada, siguiente, bueno aquí simplemente es para llamar la atención con relación al equilibrio presupuestal que es con lo que nos están midiendo, ahí se muestra cómo el porcentaje de recaudo con 2012 fue del 61%, lo decía el Senador Ballesteros, de 100 pesos que vendemos, facturamos, solamente recaudamos y nos pagan 61, por lo tanto solo podríamos pagar, gastar 61 pesos, cuando igual tenemos compromisos de personal, de compra de insumos, de medicamentos y de atención de la población, pero no nos están midiendo desde el punto de vista contable sino de flujo de recursos.

Siguiente por favor, ¿qué incoherencias tiene, por ejemplo, la Resolución número 1877? Primero, dan continuidad a todas las Empresas Sociales del Estado que entraron en riesgo en el 2011, teniendo en cuenta que en el 2011 entraron 403 Empresas Sociales del Estado, y al 2012 las pasaron prácticamente en espejo porque Hacienda no

dio vía libre a ninguno de los programas de saneamiento fiscal, por un error, error entre comillas porque así fue la directriz de Ministerio de Salud, que podían simplemente ser adoptadas y presentadas a la junta directiva, Hacienda dice que no, que deben ser primero evaluadas y aceptadas por la junta directiva para que las adopte luego el gerente. Entonces, todos los hospitales que hicieron su trabajo para pasar, pues salir del riesgo, nuevamente las cataloga en el riesgo y fuera de eso las pone en condiciones totalmente diferentes, vuelvo y repito, a través de Hacienda. Dos mil doce son setenta y tres, perdón un segundo, y hay un tema de no reporte de información de 62 instituciones, que ahí uno se pregunta, hasta qué punto es entrar en riesgo fiscal por no reporte y más bien no, venga si usted no reporto entonces órganos de control y demás, pero no un plan o un programa de saneamiento que es un desgaste para todos.

Hay unas incoherencias muy grandes, incluso traigo dos ejemplos, uno, no tienen en cuenta para nada el superávit de la operación corriente del hospital, ¿Qué significa?, que si el hospital tiene plata a 31 de diciembre por CDT, en caja o en bancos porque le ingresó un contrato, porque estaba en construcción, esa plata no ingresa como presupuesto inicial en el ingreso para el siguiente año y fuera de eso no tienen en cuenta los recursos entregados en administración como son los recursos de cesantías, pero si tienen en cuenta el gasto de todos esos recursos.

Hay unas incoherencias y uno no entiende, cuando solicitamos como gremio aplazamiento para la presentación de los programas de saneamiento fiscal y financiero por parte de los hospitales, la respuesta es: eso está en la ley y no lo podemos aplazar, los hospitales tienen 60 días calendario y 60 días calendario tienen que cumplirse, con un agravante, hasta hace apenas 15 días, Hacienda ha estado mandando instructivos de como presentar los planes de saneamiento fiscal y financiero, instructivos incluso a las direcciones departamentales quienes deberían ser quienes llevan la guía porque hay una cosa también que hay que decirlo, lamentablemente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Doctora Olga, le ruego el favor que vaya redondeando.

Doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de ACECI:

Listo; lamentablemente Hacienda no está acá, pero Hacienda no se reúne sino con Gobernadores y Secretarios Departamentales, no recibe a las gerentes de las Empresas Sociales del Estado, pero son los gerentes de las Empresas Sociales del Estado quienes van a ser liquidados, entonces no le aceptan el cambio porque eso está en la ley, pero qué curioso la ley también 1438 estableció reglamentar puntos, saneamiento de cartera que tiene que ver con riesgo fiscal y financiero, no ha sido reglamentado; tiene que ver con el artículo 14, que

es fortalecimiento de la política en baja complejidad para los hospitales, no ha sido reglamentado; fortalecimiento de hospitales públicos, artículo 69, no ha sido reglamentado; Ley 1608, no ha sido reglamentada para que después de tres meses que la EPS no pague, giren directamente desde el Fosyga y que haya giro directo, no ha sido reglamentado.

Siguiente, siguiente para agilizar. Esos son, bueno, lo que no ha sido reglamentado. Este es un caso que les traía y es el Hospital de Abriaquí, Antioquia, ya tiene vía libre de Concejo para que sea liquidado por el Alcalde, es un hospital de un municipio de 2000 habitantes, con categoría especial por subsidio, que no ha recibido subsidio de oferta, su déficit fue de 73 millones de pesos pero tiene deuda de las EPS de 77 millones, ¿qué significa?, que si pagaran tendrían como subsistir, pero ya el alcalde dijo: “Yo no voy a ser quien haga de codeudor de la deuda”, por lo tanto pidió autorización para la liquidación y ya la tiene. Siguiente por favor.

El segundo caso, este es un hospital que tiene 1670 millones de pesos de ingresos que debieron ser contabilizados para su vigencia de 2012 y no le fueron tenidos en cuenta en la vigencia, tampoco como los pasivos de 809 millones de pesos, pero sí los gastos correspondientes a todo lo que el gasto generó con relación a esos recursos.

Por lo tanto la propuesta clara y concreta, es una revocatoria directa a la Resolución número 2509, es la única forma que nuestros hospitales públicos no entren en liquidación, como vuelvo y repito, ya llevamos dos hospitales que dieron vía libre para liquidación.

Y la otra cosa, queremos recordar lo de la sentencia y es que hay una sentencia, la 540 que es muy clara que dice que las Empresas Sociales del Estado no son quienes deben generar renta, precisamente por su carácter de servicio público que prestan.

Finalmente, como propuesta política al fortalecimiento hospitalario. Financiación estatal en las necesidades, el sistema virar, quitar competencia y pasar a cooperación entre prestadores, acabar costos de transacción que no generan valor agregado, fortalecimiento de talento humano y reglamentación de normas vigentes. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno, levantamos la sesión informal, volvemos a la sesión formal, le ofrezco el uso de la palabra al señor Ministro de Salud Pública, como vocero del Gobierno Nacional en esta materia.

Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe:

Muchas gracias, señor Presidente, muy buenas tardes para todos, complacido de estar en este debate sobre un tema tan importante, yo voy a tratar de dividir mi intervención en dos partes: voy a hablar primero de los problemas del sector del presente y después hacia el final de la presentación

voy a tratar de hacer un resumen del impacto fiscal de la reforma, que es tal vez la preocupación preponderante y va a ser motivo de la reunión de mañana con el Ministro de Hacienda.

Quisiera comenzar con una reflexión general, trayendo a cuento tal vez el primer elemento del diagnóstico que nos presentó el Senador Ballesteros, él dijo aquí de manera clara “este es un problema sistémico” y si es un problema sistémico eso implica que las causas son múltiples, que aquí tenemos problemas que se traslapan, que muchas veces las causas y las consecuencias se confunden en este análisis y yo he visto, Senador Ballesteros, en algunas de las presentaciones que se han hecho después de su intervención, se nos ha olvidado que este es un problema sistémico y hemos caído en una suerte de reduccionismo en ver solamente un dimensión del problema, una dimensión sesgada, que yo entiendo que es geniuada pero que es necesariamente sesgada y que tenemos, creo yo, que trascender o supera para poder hacer una buena reforma y doy dos o tres ejemplos de ese enfoque reduccionista y en mi opinión equivocado.

Doctor Arias, usted por ejemplo dice que una de las causas de los problemas del sistema es esa proliferación de normatividad; yo creo que eso es causa consecuencia, cuando tenemos un sistema en crisis pues seguramente va a haber muchas normas tratando de lidiar con la crisis y usted puede caer en una especie de círculo vicioso, pero decir que aquí las normas son las causas del problema yo creo que es equivocado; entre todos, aquí hay muchos funcionarios que estamos tratando con buena intención de lidiar con un problema complejo y eso significa normas, entonces no podemos poner ahí la causa de los problemas del sistema.

Doctora Olga Lucía, usted trae aquí unos ejemplos a cuento y trata de llamar la atención sobre los problemas que yo puedo compartir de los hospitales y trae un caso, el del Hospital de Abriaquí en Antioquia, creo que es un caso completamente equivocado, completamente equivocado, es un hospital que tiene once trabajadores, de ellos solamente tres trabajadores asistenciales, lo otro es nómina que no hace nada y se puede plantear dijéramos una reforma sensata donde no exista un ESE en ese municipio y ahí exista un puesto de salud que cumpla las mismas funciones y que haga parte de una red un poco más amplia, yo a eso no le veo ningún problema y si el resultado de los análisis de saneamiento fiscal y financiero es ese, no veo porque allí vamos a tener dijéramos una gran dificultad.

Entonces, vuelvo y repito, tenemos que ir un poco más allá y aquí en este sector, dijéramos, estamos acostumbrados un poco a presentar una sola visión de los hechos y quiero yo para ir afinando nuestro diagnóstico empezar más o menos con lo obvio, con una especie de contexto para hablar de los temas financieros y lo obvio son las cifras macro de este sector, que a veces se olvidan en una discusión donde se ha hablado mucho, pero que a

veces se olvidan unas cifras básicas que yo quiero volver a traer a cuento, son necesarias para todos para analizarlas.

Colombia se está gastando aproximadamente cuarenta billones de pesos en salud, contando el gasto de bolsillo de los hogares, eso es aproximadamente 6.5% del PIB, no es el valor exorbitante, doctor Arias, del que se hablaba históricamente, aquí no sobran veinte billones de pesos en el sector salud como se ha dicho equivocadamente incluso en este recinto, y si uno mira las cifras de gasto por habitante se va a llevar una sorpresa, Colombia está gastando aproximadamente cuatrocientos, cuatrocientos cincuenta dólares por persona, ¿Cuánto gasta un país como Chile?, más de mil; Brasil está gastando casi mil, España gasta tres mil dólares por persona, Estados Unidos gasta veinte veces más que Colombia, ocho mil treinta y dos dólares por persona según la última cuenta que mire la semana pasada en un portal de internet.

Cuatrocientos, cuatrocientos cincuenta dólares por habitante no es un gasto exorbitante y yo creo que deberíamos tener eso en cuenta a la hora de elaborar nuestros diagnósticos, y nos dice, doctor Arias, para un poco matizar su diagnóstico oscuro, que hay, yo creo que un espacio para aumentar el gasto en salud de nuestro país, tenemos que hacerlo de manera ordenada, con los incentivos correctos, sin cometer los errores del pasado. Pero si este país tiene, dijéramos, una proyección macroeconómica optimista, si va a seguir creciendo la clase media, seguramente vamos a necesitar un aumento del gasto en salud.

Ya quisiéramos que entre todos pensáramos que tenemos dos problemas distintos aquí en la mesa: un problema son las deudas y un problema diferente son las discrepancias que se tienen entre los diferentes actores sobre el valor de las deudas; y yo quisiera hacer un análisis de los dos problemas, empezando por el tema de las deudas, a ver de dónde se originan las deudas y quiero aquí pasar de las fábulas que se presentaron esta mañana, a un análisis un poco más objetivo, que tenga en cuenta los diferentes factores estructurales que son muchos. Y quiero contarles una historia de lo que ha pasado aquí los últimos cinco o seis años, tres eventos que se traslaparon: primero la cobertura aumenta del año 2005, 2006, 2007, del 60% a una cobertura casi universal, hoy en día por encima del 96%.

En ese intento de aumento de la cobertura hubo un esfuerzo municipal que se hizo por unos meses, por un año, pero que después se quedó rezagado porque muchos alcaldes se entusiasmaron con este aumento de la cobertura, dijeron que participaban, no se hizo la planeación fiscal del caso y los recursos no se acopiaron como se había prometido inicialmente, ahí se comenzaron a acumular unas deudas de las entidades territoriales con las EPS del régimen subsidiado, que después se tradujeron más adelante en deudas con los hospitales, en particular con los hospitales públicos. Al mismo

tiempo, en el mismo periodo, cuando estaba aumentando la cobertura hasta llegar casi a cobertura universal, empezó la explosión del no POS, que pasa de doscientos cincuenta mil millones el año 2006, a 2.4 billones el año 2010, se superpusieron esas dos cosas. ¿Qué paso?, deudas también, en este caso deudas del FOSYGA con las EPS, en particular con las del contributivo que se fueron acumulando en la cadena y se tradujeron en deudas muy grandes también de las EPS del régimen contributivo con los prestadores; y al mismo tiempo, tal vez años más tarde, hicimos lo que el país quería hacer en un tal vez escenario de horizonte más largo y es igualar completamente los planes de beneficios en los regímenes contributivo y subsidiado y se hizo primero y tal vez podría haber un mea culpa por parte del Gobierno, sin igualar de manera plena las unidades de pago por capitación, acumulando entonces más deudas. Muchas EPS del subsidiado, nos tocó a nosotros vivirlo, salieron despavoridas.

Yo quiero que tengamos en cuenta lo que pasó en este país, que en el fondo si no caemos en la fábula, si se quiere estuvo inspirado en propósitos que yo pudiera llamar loables, en tener un paquete, una cobertura relativamente alta, que todas las tecnologías estuvieran disponibles para todo el mundo y que se acabara de una vez y para siempre esa distinción antipática entre los regímenes contributivo y subsidiado. Aumentamos la cobertura en más de cuarenta puntos, multiplicamos el no pos en billones de pesos e igualamos los planes de beneficios en el mismo periodo y podríamos decirlo hoy en retrospectiva, sin los recursos suficientes. ¿Cuál fue el resultado de ese proceso?, unas deudas que se acumularon y unas deudas que hoy suman billones de pesos y que yo estoy de acuerdo en algo que se ha dicho aquí varias veces, yo creo que tenemos que coincidir todos, esas deudas tienen que resolverse de una vez por todas o si no la reforma a la salud va a ser una frustración más para este Congreso, para ustedes señores Senadores y para mí como Ministro, que voy a pasar como alguien que trató de hacer de pronto una reforma, pero que no rindió los frutos porque básicamente no se resolvió ese pasado problemático. Yo no quisiera decir aquí lo que tenemos fue un agente perverso, no, puedo haber mucho de eso y ahora voy a afinar, si se quiere, este diagnóstico con otros elementos.

Viene entonces la segunda parte del problema, se originan las deudas en estos dolores de crecimiento. ¿Cuál es el valor de las deudas?, y tenemos dos versiones de una historia compleja; una versión se cuenta desde los prestadores, otra versión se cuenta desde los pagadores y si uno hace, dijéramos, abstracción de estas cifras y de los debates, yo creo que no es muy difícil resumir en dónde estamos. Voy a enfocarme solamente en las deudas que tienen más de ciento ochenta días y desde ese punto de vista uno diría, desde el lado de los prestadores, eso suma entre cuatro y cinco billones de pesos y desde el lado de los pagadores

eso suma entre dos y tres billones de pesos, ese es el tamaño dijéramos de la discrepancia, entre dos billones y entre cuatro o cuatro y medio. Eso hace parte dijéramos de la conversación que vamos a tener mañana con el Ministro de Hacienda, pero desde un comienzo el propósito el Ministerio ha sido aprovechar este escenario de la reforma para resolver de una vez por todas este problema, pero eso tiene que hacerse bien y tiene que hacerse de manera tal que no vuelva a repetirse y para eso hay algunos de los elementos de la reforma, y para eso, doctora Olga Lucía, tienen que haber medidas tanto de Salud Mía, tanto de los incentivos, de los Gestores, para que no vuelva a repetirse la desviación de recursos, pero también desde el punto de vista de los hospitales, porque aquí todos tenemos que mirarnos en el espejo de nuestras propias faltas, porque ha habido faltas de todos y que sigamos aquí, dijéramos, con las visiones parcializadas o reduccionistas, yo creo que, doctor Ballesteros, nos va a nosotros tocar seguir con la pedagogía y nos va a seguir tocar invitando a todo el mundo a que tratemos de aprovechar este tema de reforma para resolver este problema.

Ahora, no se ha quedado el Ministerio, y yo hablo si se quiere defendiendo, quienes me antecedieron en este cargo, no se ha quedado quieto, se han hecho cosas para tratar de resolver este problema, esta avalancha que se vino encima. En el Plan Nacional de Desarrollo, el artículo 275 que después fue reglamentado por el Decreto 1080, trataron de los ahorros que habían acumulados de las entidades territoriales excedentes de cuentas maestras, por ejemplo utilizarlos para pagar las deudas. La 1438 entre sus artículos 31 y 77 puso en práctica el giro directo para resolver también este problema y tratar de tener recursos que lleguen más rápidamente a los hospitales. Estuvimos nosotros el año pasado en la 1608 tratando de hacer lo mismo, como hay unas deudas muy grandes que se acumularon y hay unos ahorros involuntarios que se guardaron aquí, tratar de conectar una cosa con la otra. Hicimos lo de cuentas maestras, Senador, y si se quiere hoy el resultado es paradójico, porque uno no puede hablar al mismo tiempo y voy a tratar de referirme a eso más adelante, hay unas deudas muy grandes, pero que yo voy a aprovechar también el momento de la crisis para hacer las inversiones en infraestructura que no he hecho en 20 o 25 años, hay una prioridad, hay un orden lógico, hay una jerarquía de las prioridades que yo tengo que respetar y por eso tenemos que aprovechar esto también para resolver esos problemas.

En la misma 1608 dijimos como la geografía de las deudas no coincide con los excedentes de cuentas maestras, vamos a traer ciento cincuenta mil millones de pesos del FOSYGA y utilizarlos para hacer unos créditos a los municipios que acumularon unas deudas muy grandes con las EPS en ese aumento loco de la cobertura por allá, uno muy bien planeado. Trajimos también algunos recursos que se habían ahorrado con lo que llamábamos aportes patronales de Cajanal, con el FAET también se

ahorrraron recursos y tenemos deudas, vamos a tratar de juntar una cosa con la otra. Estamos tratando de hacer, doctor Arias, con la normatividad lo mejor posible para resolver un problema complejo y yo lo llamaría, si se quiere trágico, es una sociedad que trato de hacer más de lo que podía, o mucho con muy poquito y se generaron deudas, vuelvo y repito, de billones de pesos.

Pero yo no puedo caer en la desesperanza, tenemos que seguir manteniendo, doctor Santos, un sesgo por la esperanza y tenemos que seguir pensando que lo que estamos haciendo, aquí hay un compromiso de todos, el compromiso de la Comisión Séptima ha sido, en este año, estoy cumpliendo un año exactamente hoy en el Ministerio, de todos los días en tratar de resolver este problema, en tratar de encontrar las causas, desentrañarlas de por allá y tratar de la mejor manera buscar soluciones.

Y yo por eso quiero defender hoy la reforma, el tema de Salud Mía por ejemplo, doctor Arias, lo que se busca es, nosotros tener mejor información y que no se vuelva a repetir hacia el futuro el tema que tenemos hoy en día, ustedes dicen dos billones, aquí están diciendo cinco; si no centralizamos parte de esa información y no tenemos un control como Estado y una mayor rectoría, seguramente van a repetirse los mismos problemas. Ustedes mismos son víctimas de los grandes costos de transacción de este sistema y el sector privado no ha sido capaz de ponerse de acuerdo de manera espontánea, porque viven cada uno en su caricatura insultándose el uno al otro, entonces qué le toca al Estado, simplemente decir: entonces los costos de transacción los resuelvo yo y vamos a tratar de hacerlo simplemente estandarizando las facturas y tendiendo una codificación única como tiene que ser para los procedimientos, los dispositivos, los medicamentos, centralizando la tesorería, que no es una propuesta loca, creo yo, son tres millones de facturas mensuales que lo hace o lo puede hacer después de un periodo, dijéramos de ajuste, cualquier compañía dedicada al tema de las transacciones.

Y hemos también dicho, tenemos que mejorar los incentivos, porque los incentivos no están bien puestos y a veces generan problemas, les voy a dar el último que me dejó preocupado y si se quiere triste, en el corregimiento de Santa Helena en Medellín, el sábado pasado. Metro Salud, que es la ESE municipal, construyó un puesto de salud excelente, en Medellín afortunadamente tienen recursos propios suficientes para invertir en su red pública de hospitales, más que cualquier otra entidad territorial del país, invierte más de cien mil millones al año, allí tiene Metro Salud un puesto excelente. Viven diez y ocho mil personas en el corregimiento de Santa Helena, hay cinco mil en el régimen subsidiado, trece mil en el contributivo, ninguna EPS del contributivo ha querido hacer un contrato por capitación para que atiendan a la gente en este puesto de salud excelente que tienen

al lado de su casa, tienen que viajar en taxi o en bus una hora, hora y media, al centro de Medellín, muchas veces se tienen que ir hasta Itagiú para que los atiendan; eso es inaceptable y por eso tenemos que dar los incentivos para que eso no vuelva a pasar y eso es lo que está tratando de hacer, entre otras cosas la reforma con los Gestores.

Queremos definir el plan de beneficios de la mejor manera, aprovechar, doctor Arias, si se quiere también hay un valor simbólico en estas leyes y hay un ofrecimiento de la comunidad médica, no de la autonomía sino de la autorregulación y aprovechar ese artículo para crear una conciencia en algo que usted dijo y es que los especialistas en este país van a tener la chequera de ese fondo público Salud Mía y ellos son los ordenadores últimos del gasto. Entonces por qué no mejor aprovechar una ley que declara la salud como derecho fundamental, donde participó toda la comunidad para trabajar juntos y no ir buscando que es lo que no me gusta para yo criticarlo, yo si algo dijera, un llamamiento a todos, porque si no esto va a ser lo mismo de siempre, de aquí no vamos a salir, de este círculo vicioso de increpaciones mutuas.

Voy a hablar del tema del efecto o el impacto fiscal de la reforma y quisiera referirme a cinco temas: el primero tiene que ver con el Plan de Beneficios, ustedes saben que este no es un cálculo fácil de hacer, porque es que el plan de beneficios; hoy en día está ampliado en todo caso, vía ese pos jurisprudencial que es el no POS. Entonces cuando uno dice: yo voy a entrar lo que está afuera en el no POS adentro, ¿cuál es el efecto fiscal de eso?, es muy difícil de calcular porque en el fondo uno lo que tendría que ver es, cuáles son las barreras artificiales que crea tener que poner una tutela o apelar a un Comité Técnico Científico, eso no es fácil y hemos hecho los análisis, ayer nos volvimos a reunir con el Ministro de Hacienda en anticipación a la reunión de mañana, y entre todos viendo los estudios que tenemos, mirando lo que hemos hecho con los controles de precios de medicamentos, tratando de hacer un estimativo razonable de lo que eso costaría, creemos que no cuesta más de un billón de pesos al año, teniendo en cuenta que ese billón es simplemente el billón adicional de la suma de lo que hoy en día gastamos por POS y no POS.

No es la quiebra del sistema, sobre todo si tenemos en cuenta lo que dije al comienzo, hay un espacio para aumentar el gasto en salud en Colombia, aquí no estamos disparados, no tenemos el 18% del PIB, ocho mil dólares por habitante como en los Estados Unidos, tenemos cuatrocientos treinta y dos, el 6.5, ese es el efecto que yo llamaría el Plan de Beneficios; primero un billón de pesos en el peor de los casos.

Viene una segunda y aquí están los señores de los Sindicatos, done nosotros yo creo que hemos accedido a tener una conversación civilizada para hacer el tema de la formalización bien, yo he dicho que si no lo hacemos bien, doctora Olga Lucía, eso

va a ser más preocupante que los programas de saneamiento fiscal y financiero, lo tenemos que hacer con orden, accedimos, si se quiere y usted aquí lo dijo con elocuencia, doctor Santos, la semana pasada de retirar ese capítulo del régimen laboral de las ESE y entre todos yo hago un llamado de nuevo a la responsabilidad, a hacer esto bien, no todo el mundo va a quedar contento, pero tenemos que tener generosidad de parte y parte para garantizar al mismo tiempo unas condiciones dignas para los trabajadores, una viabilidad financiera de los hospitales, tenemos que encontrar ese punto de encuentro, esa intersección y tenemos que hacerlo con responsabilidad. Estamos en el proyecto de ley pidiendo facultades extraordinarias para hacer eso, nos vamos a sentar con los sindicatos, nos vamos a sentar todos nosotros y lo vamos a hacer bien y vamos a encontrar ese punto de encuentro.

Seiscientos mil millones de pesos era el efecto esperado de lo que habíamos puesto en la ley inicialmente, los recursos ahí tendrían que venir parte de re direccionamiento de los recursos de oferta y parte de recursos de las entidades territoriales, es un cálculo que tenemos que refinar, pero bueno, tenemos un periodo de transición en la ley y vendrán seis meses para hacer las cuentas bien y sentarnos entre todos, vuelvo y repito, a garantizar las dos cosas, que son dos objetivos donde a veces hay una tensión, pero tenemos que ser capaces de cumplirlos: condiciones dignas para ustedes señores y también viabilidad para los hospitales.

Tenemos el tema de las deudas, donde yo he presentado a la opinión pública un numerito, que es el de 1.7 billones que corresponde a las deudas de las EPS liquidadas y de Caprecom de pronto es un poco más, pueden ser dos billones de pesos; ayer estuvimos en la conversación con el Ministerio de Hacienda, tenemos en la ley el instrumento que es el Fondo de Garantías para el sector salud, pero ese instrumento hay que llenarlo, estamos viendo a ver formas de cómo puede hacerse sin tener un impacto fiscal, pero yo vi una muy buena voluntad del Ministro de Hacienda ayer, yo no sé ustedes qué ven, de buscar una salida para que garantizando la viabilidad de los hospitales, se garanticen que puedan pagarse, así sea parcialmente, parte de esas deudas y perdón la redundancia.

Salud Mía, los gastos operativos están por los lados de ciento cincuenta mil millones de pesos, doscientos mil millones de pesos, no va a quebrar el sistema de salud y yo creo que va a mejorar el flujo de recursos y nos va a permitir tener un mejor funcionamiento hacia adelante.

Volviendo al tema del Plan de Beneficios les pongo aquí una idea sobre la mesa, que la discutimos ayer y que yo creo que es importante, y es el país va a tener que lidiar hacia adelante con un tema que es complejo y están lidiando todos los sistemas de salud, que es la presión tecnológica; esta discrepancia que se da entre valor y precio, nuevas tecnologías que valen mucho y aportan no tanto, y lo tendremos que hacer de manera orde-

nada, planteamos unos mecanismos en la ley, pero yo quiero también contarles lo siguiente: el control de precios de medicamentos nos puede ayudar a eso y nos puede ayudar decididamente. Si nosotros decimos: un nuevo medicamento que vaya a ser introducido al país tiene que entrar con referenciación de precios internacionales, yo creo que eso nos va a permitir lidiar de buena manera con esta presión tecnológica y de alguna manera va a sacar a Colombia de ese lugar que tenía no muy privilegiado, que era visto por muchos laboratorios de compañías farmacéuticas como el sitio de llegada con todas estas tecnologías, porque vuelvo y repito, no somos los Estados Unidos, no tenemos ocho mil dólares, tenemos cuatrocientos treinta y vamos a tener que hacer esto con calma.

Viene un tema donde yo he hecho una propuesta todavía en borrador, la tratamos de hacer con el doctor Norman Julio en la reforma tributaria pasada, desafortunadamente no nos hicieron mucho caso en ese momento y la queremos proponer al país de la siguiente manera, vuelvo con este tema, doctor Ballesteros, si hay un atraso tecnológico, una gran obsolescencia en los hospitales públicos, necesitamos a su vez recursos para atención primaria en salud y para la atención pública, recursos ingentes, superiores a los que hoy tenemos y puede haber recursos. Entonces yo he dicho lo siguiente, conectando dos temas de salud pública y es que podríamos pensar en un impuesto territorial a las gaseosas, a las bebidas azucaradas, cien pesos por botella, de doscientos cincuenta mililitros por decir cualquier cosa, eso podría producir ochocientos mil millones de pesos al año, que bien manejados nos podrían permitir una actualización de la dotación y nos permitirían también hacer infraestructura hospitalaria que este país no ha hecho hacia el futuro.

Desafortunadamente no puede entrar en la reforma por temas de consecutividad, ahí lo pudimos haber metido, yo creo que la idea ha tenido buen recibo en la opinión pública, podemos seguir buscando otras fuentes adicionales y termino con esto, con un llamado también para el sector, un llamado dijéramos para todos. Hablamos mucho de crisis de la salud, de estas grandes necesidades de inversión, aquí y allá, hay una fuente que yo no he mencionado aquí que es importante, son los recursos de regalías y de los Socat, la salud está siendo priorizada en el número siete, primero está la vivienda, las vías terciarias, está por allá el agua potable, acueducto y alcantarillado, educación, todo tipo de cosas. Entonces nosotros también tenemos que llamarle la atención a los mandatarios locales, a alcaldes y gobernadores, sobre esta crisis, porque me parece que la noticia de la crisis no ha llegado hacia allá o hasta allá. O sea, si hay preocupación por la salud y tienen que priorizar los recursos y la salud esta de número siete, va a ser muy difícil también, a mi como Ministro y a ustedes en el tema del presupuesto, llevar este como el tema preponderante o prioritario.

Entonces yo simplemente vi un panorama tan negativo esta mañana, que quiero llamarles un poco la esperanza, buscar salidas, a buscar dijéramos en la opinión: no vamos a liquidar los hospitales, doctora Olga Lucía, estamos haciendo un ejercicio que tiene que hacerse, porque tiene que haber un poquito de autocrítica por parte de todos también, y usted bajo el mismo ambiente institucional, con todos los mismos problemas de cartera, tiene la mitad de los hospitales que están bien y la otra mitad que no está bien. Entonces también tiene que mirar qué es lo que están haciendo, quiénes están haciendo las cosas bien y usted encuentra hospitales que están haciendo las cosas bien y que son un modelo de excelencia en el manejo de lo público, no todo es culpa de los hospitales, pero aquí nos cabe responsabilidad a todos.

Entonces señores, yo creo que hemos hecho las cuentas, falta la conversación con el Ministerio de Hacienda, tenemos yo creo que un diagnóstico sofisticado, sistémico de lo que está pasando aquí, tenemos una propuesta de solución que no es perfecta, pero yo creo que avanza decididamente en la solución de los problemas y yo simplemente quiero reiterar la invitación a que nos sigan criticando, pero a no caer en la desesperanza y aportar un poquito de vez en cuando.

Eso era un poco la intervención, doctor Santos, muchas gracias a todos.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno, muchas gracias señor Ministro. Creo que las últimas palabras son absolutamente lógicas y aterrizadas en razón a que el debate deja la sensación, deja en el ambiente un mensaje de pesimismo, de absoluta imposibilidad y de absoluta impotencia para enfrentar este que es un problema de primerísimo orden, claro que es, señor Ministro, preocupante que dentro de las prioridades del Estado, dentro de las prioridades del Gobierno, un tema de tanta sensibilidad como es la seguridad social en salud para los colombianos, esté ranqueado de séptimo, me parece que eso es absolutamente equivocado, porque de algún modo a la hora de establecer los compromisos en el ente rector de Hacienda Pública, que es finalmente la que nos da la posibilidad de sacar adelante todas estas iniciativas, pues arrancan del número uno, para llegar al siete hay que pasar seis ítems muy importantes y nosotros sí creemos que vamos a dar la pelea para quedar en un ranking mejor, o sea posicionarnos, hacer sentir que el tema del componente social en salud es de primerísima importancia para el Gobierno y para todas las instancias de poder de este país.

Quiero ofrecerle el uso de la palabra al honorable Representante Zabaraín y en seguida al honorable Senador Édinson Delgado. Representante tiene el uso de la palabra por cinco minutos.

Honorable Representante Armando Antonio Zabaraín de Arce:

Gracias, señor Presidente. Escuchando la presentación del doctor Ballesteros, interesante, am-

plia y demuestra allí lo que manifestaba cuando estudiábamos el proyecto de ley que hoy ya es ley, que es la 1438. Allí decía y con el apoyo de todos ustedes los colegas, sobre el tema del sistema de información, mientras no exista un real sistema de información único, esto no va a ir a ninguna parte, es que en la desinformación o en los momentos en donde tenemos tanta diversidad de informaciones, ahí es donde se vuelve caldo de cultivo para cualquier actividad de corrupción, y fue entonces cuando en esa discusión el señor Ministro de su entonces, el Ministro de Hacienda de su entonces, el doctor Echeverry, se comprometió tanto en la Comisión como en la Plenaria, en que iban, el Gobierno iba a portar cuarenta y cinco mil millones de pesos anuales y usted debe recordarlo, para que se tuvieran en el sistema salud un real sistema de información. Le quise hacer seguimiento al tema y seis meses después, y un año después, y dos años después, y hasta hace poco he estado buscando en que ha quedado esto y me acuerdo que la doctora Beatriz en su momento me decía, Ministra de Salud posteriormente, decía que no, esos recursos no habían llegado, que de esos recursos no tuvo realmente la oportunidad de poder utilizarlos como tenía que ser, como se comprometió el Gobierno en su momento y así pasó el tiempo y hoy estoy seguro y seguramente que el señor Ministro nos dirá ahora qué esfuerzo en el sistema de información se han hecho, sé que se ha venido trabajando, pero sé que no ha sido con esos recursos que el Presupuesto Nacional iba a aportar para que tuviésemos ese sistema de información. Y es que si no lo vamos a tener adecuadamente, pues ahí están los informes, tanto de las IPS como de las EPS, que yo creo que el doctor Ballesteros se quedó corto, yo creo que son mayores las diferencias, ahí hay unas informaciones que yo tengo que son más amplias la diferencia entre lo que dice uno y lo que dicen otros que deben, pero todo esto para pedirle al señor Ministro que nos dé la oportunidad de saber si el presupuesto Nacional aportó los recursos que en su momento le dijo, tanto en la Plenaria como en la Comisión a este Congreso, que iba a aportar.

También decirles que estamos en el momento oportuno, estamos en la aprobación del presupuesto del país y qué bueno que se pueda ahora mirar del presupuesto nacional cuánto realmente va a ser nuevos recursos para el presupuesto de salud. Hay que mirar las fuentes, recordemos por lo menos, recordemos que aprobamos en el CRE, cuando aprobábamos la Reforma Tributaria, un punto del CRE que era 1.2 billones de pesos, se aprobó para que ese punto del 40% fuera a educación, el 30% a agricultura y el otro 30% a salud. Yo sí quisiera, señor Ministro, que nos informara si se está reflejando en el presupuesto de salud para el 2014 ese 30% del CRE, del punto del CRE que debería ir a fortalecer el POS, según había quedado en el estatuto tributario, porque en agricultura no se vio, en agricultura el presupuesto bajó, el presupuesto de agricultura del año anterior a lo que este año para el 2014 se disminuyó, quiere decir que ni siquiera el 30% del CRE

se reflejó allí. Esto como para ir preparándonos y no permitir que no se sienta como tiene que sentirse esa fuente nueva que se aprobó allí.

Capítulo especial me parece que es, debemos tener el tema de calidad. Lo decía el doctor Arias, el tema de calidad es todo, pero no lo veo reflejado en el proyecto que hoy está cursando y calidad requiere inversión. Pero cuando, qué vamos a hablar de calidad, cuando nosotros, a los trabajadores de salud, le estamos pidiendo que den unos resultados, que den salud, si ellos no la tienen. Los trabajadores de salud hoy no tienen salud, la mayoría de ellos ni siquiera están aportándole al sistema porque los meten en unas bolsas de empleo, es un sistema horroroso en donde hoy es indigno el tratamiento que se le da al trabajador de la salud. Temas que ya el señor Ministro tocó y dice que va a revisarse el tema, porque ese tema laboral en el sistema de salud es horroroso. Entonces tengo unas estadísticas, porque estoy encontrando las accidentabilidad con incapacidades altísimas.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Honorable Representante, por favor.

Honorable Representante Armando Antonio Zabaraín de Arce:

Altísimas, pero también con discapacidad permanente de muchos trabajadores de la salud por esa accidentabilidad que sucede cuando un médico o un trabajador de la salud se traslada de una clínica a otra, de un hospital a otro, que sale mándose a toda velocidad para poder cumplir un horario para alcanzar un salario medio digno y esas estadísticas que estoy revisando muestran que es alta la accidentalidad por la premura en que se desplazan ellos en búsqueda de poder tener unos mejores ingresos. Quiere decir, quién da salud si no la tiene.

La herramienta de la DAF para el saneamiento fiscal, una herramienta compleja, muy compleja, creo que hasta en carente en unas preguntas con otras, creo que no es esa la herramienta ideal para poder calificar adecuadamente a los hospitales, creo que ahí debe haber una revisión, qué bueno que se pueda tener una herramienta así, pero que sea más sencilla, que sea más ágil, que pueda permitir una evaluación real y que permita hacer un diagnóstico claro, en el sistema de salud.

No me quiero extender, señor Presidente, pero me deja preocupado el tema de calidad, el tema laboral del sistema de salud y las fuentes para el Presupuesto de Salud del 2014.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Muy bien, honorable Senador Édinson Delgado y yo quiero, por petición de varios Senadores, pedirle al señor Superintendente que también haga uso de la palabra, creo que algunos interrogantes que él debe de resolver aquí en esta importante sesión de debate de control político. Tiene el uso de la palabra doctor Édinson.

Honorable Senador Édinson Delgado Ruíz:

Muchas gracias, Presidente. Sí, es muy importante la intervención del señor Superintendente de Salud. Quería hacer algunas acotaciones en cuanto a unos temas que se han tocado hoy: uno tiene que ver con los recursos en salud, está claro, está alrededor de cuarenta billones de pesos por todos los mecanismos y sistemas que están dentro del esquema de salud de recursos que se manejan anualmente en Colombia y es claro, eso se divide por la población, da aproximadamente cuatrocientos dólares anuales. Uno diría, si lo compara con otros países, Estados Unidos ocho mil dólares, Chile ochocientos dólares, etcétera, diría, no son suficientes para dar una salud de calidad y de oportunidad para los colombianos, pero cuando uno revisa todo lo que es una clasificación que hace la Organización Social de la Salud, de los sistemas de salud y mira ese ranquin quiénes están de primero, Colombia está de veintidós, Estados Unidos está de treinta y dos, Cuba de treinta y tres, pero en los primeros uno se encuentra con unos datos bien interesantes: primero Francia, encuentra en los primeros cinco, dos países, pequeños, pero interesante, Omán, por ejemplo es un país pequeño o Malta, son pequeños, pero el promedio, óigase bien, el promedio de lo que gasta en salud son trescientos, cuatrocientos dólares, esos son los datos que tengo y que he podido revisar, parece mentiras, pero esa es la realidad y está entre los primeros, o sea que uno diría, aun con toda la discusión que se ha dado aquí, es que cuatrocientos, cuatrocientos cincuenta bien administrados, bien administrados pueden permitir una salud de calidad y de oportunidad.

Entonces es una discusión bien importante y esto lo hacemos porque realmente cuando uno compara ese gasto en salud versus el PIB, está al 6.5 o 7%, que es más o menos lo que se da a nivel del mundo, siete, ocho, algunos países suben al 9%, uno diría bueno, podríamos nosotros superar este gasto en salud, pero en la medida en que crezca el PIB, pero crecer el PIB, pasarlo a no seiscientos billones, sino mil u ochocientos, novecientos, no es fácil, ustedes saben que implicaría pues que la económica creciera fuertemente y sería esto una cantidad de políticas que el país pues todavía está muy lejos de alcanzar. Entonces tenemos que conformarnos con esos recursos.

Entonces este primer punto es muy bueno aclararlo en el país, para que nosotros no sigamos diciendo: no, es que son unos recursos mínimos, bajos, con relación pues a lo que se requeriría para generar un buen sistema de salud con calidad y oportunidad. Ese es un primer punto supremamente importante.

Entonces aquí con ese elemento, lo que se requiere es un buen sistema de salud con una buena normatividad, por eso nosotros nos la estamos jugando y somos partidarios de que hay que reformar el sistema actual, si no se reforma el sistema actual está claro que sigue el que está y cada vez que uno se reúne con la comunidad, aquí nada más pode-

mos preguntarle que alcen la mano los que quieren que siga el sistema como está, creo que casi diría el 100% que hay que reformarlo, al hacer la reforma pues se van a dar discusiones, como las que se han venido dando en la búsqueda de qué es lo mejor, pues para que nosotros podamos obtener un buen sistema y aquí está muy ligado en toda esta discusión el tema de las cifras y coincido con el doctor Zabarain, hay que crear, que eso sea ya determinado por norma, un sistema de información porque no puede ser, no puede ser que a través del tiempo sigan habiendo cifras diferentes en cuanto a las deudas que se tienen al sistema de salud, a las IPS, a las EPS, cada una maneja una deuda diferente, el Ministerio de Hacienda tiene otra, ahora el señor Superintendente nos dirá cuánto tiene a nivel de la Superintendencia de Salud, pero definitivamente eso se tiene que corregir en Colombia para que podamos tomar decisiones sabias en todo lo que tiene que ver con el esquema.

Y otro punto importante: mire, nosotros tenemos que lograr inyectarle en la mente de todos los colombianos, de todos los colombianos, que el que quiera participar en el sistema de salud como actor, llámese médico, dueños de IPS, dueños de EPS o Gestores como se van a llamar, etcétera, tienen que entender que este sector tan especial de la sociedad colombiana como es el de la salud, ahí tiene que imperar el servicio, no el esquema del lucro, ese es un cambio que tiene que ser mental en la sociedad colombiana y tiene que ser para que la sociedad entienda que definitivamente con estos recursos bien administrados si puede haber un buen sistema. Yo creo que es un punto clave que tenemos que trabajar para que la sociedad colombiana entienda eso. Que si yo hago o participo allí en alguna de estas actividades, no puedo llegar pensando que me voy a lucrar, parece mentira, pero eso porque esto es algo diferente a cualquier otro tipo de actividad, diferente a prestar el servicio de energía que es esencial, al de transporte, comunicaciones, etcétera, yo creo que esto es un punto neurálgico, no fácil de adaptar en una sociedad como la nuestra a raíz de lo que ha pasado, pero se tiene que llegar, porque créanme, si no logramos ese cambio va a ser imposible, claro, porque el que llega allí hace una inversión, como todo inversionista pues trata de optimizar o tener ganancias y para eso minimiza costos a como dé lugar, no importa bajo qué esquema economiza costos para tener utilidad. Entonces aquí tiene que haber un cambio supremamente grande en la concesión de los colombianos que participan o participamos en el sector de la salud.

Entonces sería como los puntos, Presidente, que considero pertinentes en esta discusión y lo otro está claro, ya estamos embarcados en esta reforma a la salud, debemos de tener una definición clara por parte del Ministerio en todo lo que tiene que ver con los elementos que se han planteado aquí de salvamento de hospitales, mejoramiento de infraestructura, toda la parte tecnológica, el talento humano, etcétera, pero tiene que haber señor

Ministro de Salud mucha claridad para el país, de verdad, y esto lo haga por usted y por nosotros, porque tenemos una responsabilidad grande y no quiero que mañana, mañana, el pueblo colombiano, nuestros hijos, nos estén tildado a nosotros que nos equivocamos, que traicionamos el pueblo colombiano. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Gracias, Senador. Le ofrezco el uso de la palabra al doctor Gustavo Morales Cobo, Superintendente de Salud.

Doctor Gustavo Morales Cobo, Superintendente de Salud:

Muchas gracias señor Presidente, seré muy breve y trataré de ser muy telegráfico. Un saludo muy cordial a los Senadores citantes, a los demás Senadores y a los invitados y asistentes. Varias ideas, no necesariamente en orden de importancia, sino de cómo fueron apareciendo en el debate. Una, en esta discusión tan compleja sobre los recursos y la financiación de la salud, que el Senador Ballesteros de manera muy ordenada y sistemática logró presentar y trató de ponerle orden a la complejidad, cosa que tiene mucho valor. Hay un tema específico o un subtema que a veces pienso yo, ha hecho mucho ruido, ha generado muchos debates, ha desgastado mucho a los organismos de control, a la misma Superintendencia, pero ya hoy en día por lo menos a ese subtema, a ese capítulo de esta gran discusión, se le puede poner, se le puede reducir a sus justas dimensiones, se puede acotar, por eso lo menciono en primer lugar, porque creo que es un tema que ya ha sido materia de mucha discusión, pero ya hoy en día ya la discusión está saldada y aunque sigue siendo importante, creo que nos permitirá concentrarnos en los otros temas, a que me refiero, a la discusión sobre la naturaleza de los recursos de la salud, especialmente a la naturaleza de los recursos de la UPC y especialmente al problema de qué naturaleza tienen, cuando entran a la EPS.

Digo que esa que ha sido una gran discusión, a la que se le han dedicado horas de tiempo, de trabajo, de investigaciones, de discusiones, se puede ya hoy en día reducir a sus justas proporciones, en virtud de una Sentencia de la Corte Constitucional de mayo de este año, la Sentencia C-262 del 8 de mayo de 2013, cuyo texto completo se conoció hace unos pocos días, hace un par de semanas. Creo que todos los actores, empezando por la Superintendencia que hoy en día dirijo, el Ministerio, el Congreso debemos estudiar esa Sentencia, porque ya esa discusión queda saldada y queda definido en un sentido muy claro, cuál es la naturaleza de la UPC, qué pueden y qué no pueden hacer las EPS con esos recursos, cuándo se entiende que hay desviación, cuándo no se entiende que hay desviación. En qué casos pueden construir infraestructura, con qué límites y demás. Y ya tenemos en ese punto al menos, las reglas más claras y podemos entonces bajarle la espuma a eso y concentrarnos en los te-

mas que ustedes han discutido a todo lo largo de la mañana, entonces, me parece importante por lo menos decir que conceptualmente, teóricamente, esa discusión ha quedado resuelta. No quiere decir que no haya problemas, pero ya no nos vamos a desgastar en interpretaciones jurídicas porque el árbitro final de esa discusión jurídica se ha pronunciado y es la Corte Constitucional, tema uno.

Tema dos, en esta exposición telegráfica, señor Presidente. En las respuestas que envió el Ministerio a la Comisión, como respuesta a las preguntas del cuestionario, no alcanzó a incorporarse las cifras al corte del 30 de junio de 2013, yo las tengo acá y las haré llegar a la Secretaría General para aportar al debate, pero las comparto, sino en detalle, por lo menos para señalar que según estas cifras, que por supuesto están siendo objeto de una última revisión y depuración, pero que ya está muy avanzada esa depuración, aparece que las cuentas por cobrar de las IPS públicas y privadas, con corte a 30 de junio de 2013, se han reducido en relación con la cifra total de cuentas por cobrar a 31 de diciembre de 2012. Mientras que a 31 de diciembre de 2012, las cuentas por cobrar ascendían a 13 billones de pesos, con todos los matices y aclaraciones que aquí se han hecho, esa misma metodología revela que a 30 de junio de 2013, las cuentas por cobrar son 11 billones setecientos mil millones de pesos. Allí hay una reducción que habrá que analizar y también llama la atención que se ha modificado de manera significativa, la proporción entre IPS públicas e IPS privadas. Mientras que a 31 de diciembre de 2012, la proporción era 36% públicas, 67% privadas, en el corte junio la proporción es 41% públicas, 59% privadas. Esto pues creo que alimenta el debate y la discusión, señor Secretario, entonces dejaré este cuadro a consideración de la Comisión.

Un tema recurrente a todo lo largo de la mañana, ha sido el tema de las liquidaciones que ordena la Superintendencia y las deudas que deben, pues tienen esas EPS con los prestadores y con otros acreedores. Varias reflexiones que quiero compartir con la Comisión. Una, esas EPS entran en liquidación, por alguna razón y la razón normalmente es que han sido mal manejadas y no tienen con qué pagar. En consecuencia, hay que partir de una premisa, y es que son EPS normalmente en una situación de ruina, de bancarota, en situación quebrada, entonces a la discusión sobre con qué van a pagar las deudas, se debe entrar partiendo de esa premisa, ya no estaban pudiendo pagar y claro cuando se decide una liquidación, pasa una cosa y es que inmediatamente hay que proceder y eso está arreglado en decretos y en acuerdos a trasladar a los afiliados, porque la prioridad número uno es la protección de los afiliados. Yo he dicho a veces, en forma metafórica y caricaturesca, no para que se tome en sentido literal pero simplemente para subrayar donde está el énfasis, que la deuda me tiene sin cuidado cuando tengo que hacer con los afiliados y por eso hay que entrar entonces a hacer los traslados directamente, pero pasa una cosa Se-

nador Correa, que es que los afiliados trasladados, cada afiliado trasladado implica que la EPS ya en liquidación deja a recibir plata de la UPC del famoso sistema de compensación, hasta que llega un punto en que no tiene ningún afiliado, como está a punto de pasar por ejemplo, con Humana Vivir o con Solsalud y ya no tienen ingresos y sin embargo, tiene deudas por pagar.

Cómo, con qué paga, pues con los activos y cuáles son los activos de una EPS, después que ha perdido su base de datos de afiliados, que es su principal activo, hemos descubierto que en muchas ocasiones, lo que queda es unos computadores, unas casas en arriendo y un poco más.

Ahí hay que hacer un trabajo enorme de fortalecimiento de la regulación prudencial. Simplemente para traer un ejemplo análogo en el mundo financiero, los países del mundo están discutiendo, de manera, llevan años discutiendo cómo fortalecer aún más a través de estos acuerdos de... y demás, el capital mínimo, las reservas mínimas, justamente, para que cuando haya una crisis haya con qué responder. En el caso de las EPS infortunadamente, lo digo con cierta crudeza, como de lo que se trata es de proteger a los afiliados, hay que trasladarlos inmediatamente, y los afiliados o el número de afiliados es la fuente o la causa de los ingresos de la EPS, la reducción del número de afiliados implica reducción o eliminación de los ingresos y por lo tanto, una dificultad muy grande en el tema de las deudas. Cuál es la posición posible, no liquidar, para no enfrentar ese problema. Esa es una opción, esa es una opción, pero no liquidar, implica poner en riesgo la vida y la salud de los afiliados que es la principal preocupación que tiene que tener el Gobierno y especialmente la Superintendencia. Yo simplemente señor Presidente, comparto con ustedes ese dilema difícil entre la protección a los afiliados y el tema de las deudas de la liquidación.

En eso hemos tenido todas las modalidades, las liquidaciones que ordenado yo personalmente como Superintendente este año, han sido básicamente dos: Solsalud y Humana Vivir y ahí optamos por una política, nos fuimos por una escuela que es la de hacer una liquidación que es lo más rápido posible para proteger a los afiliados, que eso nos genera problemas, sí, y vamos a ver si esa es la política más adecuada, pero hasta ahora creemos que por lo menos los afiliados ayer no más hicieron los traslados del régimen contributivo de Solsalud, hubo discusiones, hubo problemas, pero ya los afiliados hoy están en una EPS que, en principio, está en capacidad de responderles, Solsalud, ya no tenía ninguna red, ya no estaba en capacidad de responder.

Ese es modelo uno; modelo dos, que se ha dado en casos como Selva Salud, como Edmusalud es que la liquidación se ha hecho de manera un poquito más lenta, siguen teniendo número significativo de afiliados, porque no ha sido fácil hacer los traslados, son empresas del régimen subsidiado localizadas en sitios donde no hay muchas alternativas de traslado

y eso es una paradoja, eso nos coloca en una situación paradójica. Empresas en liquidación, que aún tienen afiliados y tienen que responder por ellas. El liquidador que está ahí sentado es al mismo tiempo, prestador y liquidador, lo cual es al menos problemático y, hay casos increíbles y también solo pongo como ejemplo, lo que ha sucedido en Norte de Santander, con dos cajas de compensación: Comfanorte y Comfaorienté, que entraron en liquidación hace algunos meses, hace más de un año, incluso liquidaciones voluntarias, pero también encontraron problemas para hacer los traslados, porque no tenían a quien trasladarlos o no había o no tenían cupo suficiente, o estaban intervenidas o vigiladas y no podían recibir afiliados, el hecho es que siguieron prestando el servicio y hoy en día están en una paradoja, son EPS en liquidación que tienen una muy buena red cuyos niveles de atención según los indicadores de la Súper es muy bueno y muy satisfactorio y que están pagando cumplidamente, pero están en liquidación.

Entonces lo que quiero es pintarle a la Comisión como todo el panorama de complejidad, no parece haber un modelo único, el que hemos aplicado en estos últimos meses es el que les digo, de liquidaciones muy rápidas y muy expeditas y muy profesionales como liquidaciones, no como prestaciones y por lo menos tenemos la tranquilidad de que los afiliados están debidamente atendidos, pero sí señor Presidente, eso no resuelve el problema de las deudas, que es el problema al que se refirió hace unos segundos el señor Ministro.

El otro gran problema que tiene la Superintendencia de Salud es que tiene ese otro instrumento que ustedes como legisladores le han brindado, que es el de las intervenciones ya no para liquidar, sino para administrar. En octubre del año pasado, cuando yo llegué a la Superintendencia, habían tres EPS en esa situación, hoy en día hay dos, digamos habían, cuando yo llegué habían tres, pero luego apareció una cuarta que es Etmisalud que por órdenes judiciales, pasó de estar liquidada a ser intervenida para administrar. De tal manera que hoy quedan dos, esta Etmisalud y Saludcoop que ustedes conocen bien. Cajacopi que era la otra intervención para administrar, la intervención parece haber sido exitosa, los indicadores mejoraron y en febrero de este año si no estoy mal, se decidió levantar esa intervención y está sometida a un plan de recuperación con una vigilancia muy cercana por parte de la Superintendencia.

Y la otra, también la conocen ustedes muy bien es la de Solsalud que estaba en intervención para administrar, pero los indicadores se deterioraron muchísimo, la intervención no fue exitosa y por lo tanto entró en liquidación. Menciono la figura de intervención para administrar para decirles pues, que en este mapa que hay que pintar para este análisis, existe, pero no es un instrumento que yo considere en la mayoría de los casos, el adecuado, porque una intervención para administrar sin recursos frescos, no sirve para nada, allí podemos poner a

un excelente interventor, a Superman o al Papa y si no tiene recursos no va a poder darle la vuelta a la entidad. Entonces, el fondo de garantías que se está proponiendo en la ley, puede ser el camino para solucionar ese problema.

Y finalmente, señor Presidente, un comentario rápido sobre la discrepancia en las cifras, ese claro es un problema digamos, constante, el doctor Giraldo lo decía, lleva 29 informes donde ha señalado ese problema entre otros, pero la buena noticia es que hoy o a más tardar mañana, va a expedirse una circular conjunta entre la Superintendencia y el Ministerio, por iniciativa del Ministerio, en el que se establecen reglas de procedimiento para depurar las cifras, se va a establecer un sistema, sistemático, valga la redundancia, de aclaración de cuentas, que nos va a permitir por lo menos no tener la discusión sobre cuál es la cifra y concentrarnos en la discusión de cómo vamos a tener esa cifra. Gracias señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

A usted, señor Superintendente, le ofrezco el uso de la palabra a la honorable Senadora Gloria Inés y antes de la intervención, señor Secretario por favor anuncie proyectos para la próxima sesión.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por instrucción del señor Presidente, conforme al artículo octavo del Acto Legislativo 01 del 2003, se anuncian para discusión y votación en la próxima sesión ordinaria de esta Comisión que sea convocada, la siguiente iniciativa legislativa:

Proyecto de ley número 10 de 2013 Senado, título: *por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias. Se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación, se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones.*

Ponente primer debate: *Gloria Inés Ramírez Ríos, Édinson Delgado Ruiz, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Astrid Sánchez Montes de Occa y Mauricio Ernesto Ospina.*

El señor Presidente autorizó al Secretario de la Comisión para que haga uso del inciso segundo del artículo 156 del reglamento y se efectuó la reproducción mecánica del informe de ponencia, sin detrimento de su posterior publicación en la *Gaceta del Congreso*. Queda así anunciado, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Tiene el uso de la palabra la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Gracias, señor Presidente. Es para preguntarle en primera instancia al señor Superintendente que

nos aclare qué pasa con Caprecom en el Chocó. Yo, dentro de lo que a usted le escucho, se están haciendo un esfuerzo muy grande, pero la idea es ¿la van a liquidar o no?, es que Caprecom no sirve, está mostrando hasta el cansancio de decirle que es una entidad que no ha sido capaz, ni de recuperarse ni de mejorar el servicio, ni de mejorar la atención y que en el caso por ejemplo de la comunidad chochoana sigue en peores condiciones y usted sabe que cuando digo en peores condiciones es por todo lo que está ocurriendo allá: nuevamente tenemos Malaria, nuevamente tenemos Tuberculosis, es decir, no hay una acción contundente, ¿hasta cuándo vamos a tener que esperar?, ¿qué pasa con Caprecom?, ¿qué hay que hacer para que entidades tan fracasadas, para entidades que no tienen la oportunidad, ni siquiera tienen la intencionalidad de recuperarse, puedan seguir atendiendo y disfrutando de los recursos del sistema público?

Y como no quiero volver a tomar la palabra, yo sí quiero referirme, Ministro, usted habló de las fábulas y las fabulas dejan moralejas; está lo del análisis, ¿cuál es la moraleja de esta fábula?, que llevamos veinte años haciendo el mismo análisis, presentando las crisis cíclicas, que los hospitales se van, que el problema viene de las cuentas, que unas cuentas hacen los señores pagadores, que otras cuentas hacen los señores prestadores, que el Ministerio trata, pero que no puede y ahí estamos. ¿Qué hay que hacer entonces, señor Ministro?

Si dejamos una buena moraleja es: pongamos treinta y cuatro técnicos, tenemos treinta y cuatro entidades territoriales, por qué no buscamos qué hay en cada entidad territorial, ponga un auditor en concreto, cruce cuentas y díganos aquí en este departamento esto es lo que se debe acá y hagamos lo que tengamos que hacer. Muchas gracias y me disculpan.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

La Senadora Astrid ha querido hacer uso de la palabra.

Honorable Senadora Astrid Sánchez Montes de Occa:

Buenas tardes, señor Presidente. Gracias. Un saludo al Ministro, al Viceministro, al Superintendente, a mis compañeros y a la audiencia. Qué pena que sea la doctora Gloria que deba de hablar de Caprecom y de la salud del departamento del Chocó, la verdad es que me causa, digamos, mucha admiración que sea ella quien tenga que hablar del departamento del Chocó para que pueda atender el Gobierno Nacional al departamento del Chocó.

En esta audiencia, tanto en Plenaria, he hablado y hasta hoy yo no he tenido respuesta del problema que vive el departamento del Chocó y lo más grave es que hubo una intervención, una liquidación, no sé bien, porque no sé cuál es el sistema que está operando en el departamento del Chocó, llegan despidiendo cien auxiliares de enfermería, médicos y no lo tienen en cuenta a uno como vocero del

departamento del Chocó. Todo el mundo, es decir, qué pasa con la salud, usted está en la Comisión Séptima, no le informan, para uno hacer una, como una socialización y explicarle a la gente del departamento del Chocó o a los que manejan el sistema de salud qué es lo que quiere hacer la Superintendencia, qué es lo que quiere hacer el Ministerio de Salud, para apaciguar un poco la crisis o el ambiente que se crea de zozobra o de inestabilidad laboral en el departamento del Chocó.

Gracias doctora Gloria, Senadora Gloria y esperamos que porque usted intervino, por fin puedan escuchar ustedes cuál es la problemática del departamento del Chocó.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Quiero, por último, decirle en la misma dirección al señor Superintendente algo que tiene que ver con el departamento del Tolima. A ver, eso es absolutamente asombroso, señor Superintendente y señor Ministro, que con la situación que se vive hoy, cerca de ochocientos mil millones de pesos que es la deuda que tiene contraída Caprecom y que se dé la sensación de tener absoluta y total independencia, me da la impresión que la señora Directora parece que es alguien súper autosuficiente. Entiendo que ni siquiera atiende el llamado del Ministro del ramo, y entonces a uno lo deja pues muy preocupado que estén ocurriendo cosas como estas, señor Ministro. Aquí en este mismo recinto y en plenaria de Senado, he tenido la oportunidad de denunciar la manera vulgar cómo se robaron el hospital Federico Lleras Acosta en el departamento del Tolima, en la administración anterior.

Fue vulgar lo que pasó en sobrecostos de medicamentos, haciendo toda clase de manejos vulgares administrativamente hablando y mire señor Superintendente lo irónico del asunto, quien por cerca de cuatro años dilapidó los recursos de la salud, se lo trajeron a ocupar un altísimo cargo en Caprecom a nivel nacional. Entonces la gente del Tolima se pregunta: ¿Qué está pasando?, ¿qué es lo que está ocurriendo entonces?, porque si esa es la manera de pagar y de reconocerle la manera vulgar como se han manejado los recursos de la salud a una persona que está cuestionada y que hizo parte de una administración que es vergüenza del Tolima por la manera como se manejaron los recursos en lo que tiene que ver con la contratación administrativa de ese departamento.

De modo pues señor Superintendente, yo entiendo que ya hay cansancio, pero este tema no se puede dejar así, que pase simplemente porque sí. Yo sé, señor Ministro, que la señora que está hoy como Directora de Caprecom debe depender de alguien, ella no llegó ahí porque sí, de modo pues y también reclamar aquí a los órganos de control, que por Dios, necesitamos pronunciamientos, porque nos hemos desgastado mucho tiempo aquí denunciando cosas, mostrando hechos concretos, pero el tiempo pasa y no estamos viendo absolutamente resultados de ningún orden.

Me está pidiendo el uso de la palabra el señor Senador Correa.

Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez:

Gracias, señor Presidente, señor Ministro, señor Superintendente, colegas. Yo de verdad quiero, la crisis de la salud siempre la hemos tocado en esta Comisión como no una crisis, sino una verdadera crisis social. Pero uno no puede dejar de decir enfáticamente que han sido muchos los esfuerzos del señor Ministro de la Salud, del señor Superintendente, por querer sacar este tema a flote; siempre lo he dicho, le tocó bailar con la más fea, Ministro, en el momento más difícil del sector y del sistema, el momento más álgido. Yo aplaudo lo del giro directo porque el giro directo de una u otra manera normalizó el flujo oportuno de los recursos y ahí están las estadísticas. Hay un tema de deudas viejas que hay que definitivamente responsabilizar en los entes de control a los municipios y departamentos que han dejado de girar esa plata, eso en cuanto al régimen subsidiado.

Pero quiero enfatizar, señor Ministro, en todo este esfuerzo y en lo que ha dicho el Senador Guillermo Antonio Santos Marín, al inicio de este Gobierno Caprecom arrastraba una deuda de trescientos treinta mil millones de pesos exactamente y se solicitó un empréstito el Ministerio de Hacienda, hoy el déficit fiscal, presupuestal y financiero son de novecientos sesenta mil millones de pesos, margen de solvencia negativo, los indicadores de calidad por el suelo. Señor Ministro, usted es un hombre técnico, ecuánime, el cual yo admiro su loable tarea; hay unos a liquidar, ese engreño de la ineficiencia administrativa en salud, eso es un hecho contundente, contundente de querer acabar con la corrupción en salud en nuestro país. En menos de tres años aumentó el 200% el déficit, Senador Guillermo Antonio, técnicamente no hay una razón para que Caprecom no esté liquidada, tiene el deber ser, no hay ni razones políticas, no hay ni razones técnicas, no hay ni razones financieras y le digo con todo el cariño, señor Ministro, usted es capaz de hacerlo, yo lo sé, y usted tiene el deseo y la voluntad porque usted es un hombre serio y eso hay que decírselo al país, que tenemos un buen Ministro y un buen Superintendente, capaces de tomar esa decisión.

Señor Ministro hágalo, yo sé que tiene muchos obstáculos oscuros, vénzalos, vénzalos y señor Ministro por último quiero decirle, por último quiero decirle señor Ministro, de que el señor Superintendente ha hecho una clara verdad que quisimos corregir en la Ley 1438, las intervenciones en el país eran un cambio de mano, si los interventores no tienen recursos para sacar del atolladero del déficit fiscal y presupuestal en que se encuentran las entidades, es un canto a la bandera. Para eso se creó el fondo de salvamento de hospitales intervenidos, pero se hizo una leguleyada legislativa y mataron con el fondo de salvamento a los hospitales intervenidos. Imagínese, se colocaron a meterle un pa-

rágrafo de que había que colocar una garantía a los hospitales públicos y las entidades, mataron el fondo, hay que decirlo, esto lo hizo este Congreso por desconocimiento, hay que tener la responsabilidad para decirlo, no es culpa suya señor Ministro, eso se llama una barrabasada, de lo que yo no sé yo no opino, yo por eso a veces me quedo muy callado en temas que no son mi fuerte y pido asesoría, porque lo que yo no sé tengo que aprenderlo, porque nadie nace sabiéndolo todo y eso pasó en la Cámara de Representantes, Representante Zabarain, y mataron el fondo, lo mataron, podría ser un acto de populismo demagógico, lo mataron y hoy quiero decir a los señores de la Federación Colombiana de Municipios que a los municipios no les debe dar miedo utilizar la plata del Fosyga, tienen que coger los ciento cincuenta mil millones de pesos del Fosyga, si para eso lo colocamos en la Ley 1608, ¿están pidiendo plata?, ahí está, ¿por qué no lo han pedido?

Igualmente, señor Ministro, celebro de que se utilice el Fondo de Garantía, hay que hacerlo, doscientos cuarenta mil millones de pesos, los excedentes de Cajanal, eso hay que hacerlo, pero también por último, quiero redondear, hay que sentar a toda esta gente: departamentos, municipios, EPS, hospitales, y ojalá pidan a la Procuraduría, al señor Procurador muy respetuosamente que genere una Procuraduría para la conciliación de las cuentas en salud, para de una vez por todas tener un dato certero y claro, y quien le mienta al país debe ser ejemplarizantemente sancionado en lo disciplinario, en lo fiscal y por qué no decirlo en lo penal. Ya es el momento de tener esas cuentas claras, para decir el órgano rector es quien tiene el valor real, no lo que diga uno, lo que diga otro, eso hay que hacerlo de manera urgente y buscar esos recursos, porque si ya se los robaron hay que inyectarlos, porque esa es la verdad. Y por último, porque a final de cuentas quienes sufren son los ciudadanos y pedir a las autoridades que judicialicen a quienes hagan esto.

Señor Ministro eche para adelante, usted lo puede hacer.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Se cita para el próximo jueves, seis de la mañana (06:00 a. m.) para el viaje a Montería, donde vamos a realizar una audiencia pública y además se cita para el próximo martes, diez de la mañana (10:00 a. m.) sesión ordinaria. Les agradecemos a los citantes, al señor Ministro, a los honorables Senadores, al Superintendente y a todos los representantes de las diferentes organizaciones que participaron en este importantísimo debate de control político.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Presidente declara formalmente levantada la sesión, siendo las dos y doce de la tarde (02:12 p.m.), se les recuerda a los honorables Senadores, Senadoras, Comisión Séptima Senado

mañana tres en punto de la tarde en el despacho del señor Ministro de Hacienda, tres de la tarde (03:00 p.m.) mañana en el despacho del señor Ministro de Hacienda y para el día jueves la audiencia pública en Montería, el primer vuelo Bogotá-Montería, sale ocho de la mañana (08:00 a. m.), la audiencia está programada para iniciarse a partir de las nueve y treinta (09:30 a. m.)

El Secretario de la Comisión les reitera la invitación al almuerzo en la ciudad de Montería. Entonces siendo las dos y doce de la tarde (02:12 p. m.) queda levantada la sesión por convocatoria que fijó el señor Presidente para mañana tres de la tarde (03:00 p. m.), despacho del señor Ministro.

La Secretaría General de la Comisión omite la transcripción textual de las excusas presentadas por quienes no asistieron a la sesión, señalada en el artículo 89 del Reglamento Interno del Congreso, porque dando cumplimiento a la Resolución número 54 del 03 de octubre de 2006, *por medio de la cual se modifica parcialmente la Resolución número 27 de 2005 “por la cual se reglamenta el procedimiento para la valoración de las excusas y los descuentos en la nómina de los honorables Senadores por inasistencia a sesiones del Senado de la República*), emanada de la Mesa Directiva del Senado de la República, conforme a lo preceptuado en el Parágrafo Único del artículo 90 (*Excusas Aceptables*) de la Ley 5ª de 1992 (Reglamento Interno Orgánico del Congreso) y en el artículo 271 (*Inasistencia*) del antes mencionado ordenamiento orgánico reglamentario, la Secretaría General de la Comisión, en cada oportunidad y por cada sesión, oportunamente remitió al despacho del señor Presidente de la Comisión de Acreditación, para lo de su respectiva competencia funcional, mediante relación, las excusas y/o justificaciones por la no asistencia a las sesiones convocadas y realizadas en la Comisión Séptima del Senado, presentadas oportunamente por las honorables Senadoras y/o por los honorables Senadores que no asistieron a la sesión a la cual corresponde la presente Acta, habida consideración que el numeral 6 del artículo 296 (**Causales de Pérdida de Investidura**), del Reglamento Interno del Congreso (Ley 5ª de 1992), no aplica en lo pertinente para efectos de Pérdida de Investidura, dado que en las sesiones ordinarias de la Comisión Séptima del Senado, no se discuten ni se votan en reuniones Plenarias **“Proyectos de Actos Legislativos y de ley o Mociones de Censura”**.

El Presidente, Comisión Séptima Senado,

Guillermo Antonio Santos Marín.

La Vicepresidenta, Comisión Séptima Senado,

Gloria Inés Ramírez Ríos.

El Secretario General, Comisión Séptima Senado,

Jesús María España Vergara,

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que en esta sesión se aprobaron las Actas números 06 y 07, de agosto veinte (20) y veintisiete (27) de 2013, respectivamente, así:

– El Acta número 6, se aprobó por ocho (8) votos a favor, ninguno en contra, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Las honorables Senadoras y Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Ramírez Ríos Gloria Inés, Rendón Roldán Liliana María, Romero Hernández Rodrigo, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth, Zapata Correa Gabriel.*

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que los honorables Senadores *Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José*, no votaron la aprobación del Acta número 6, por cuanto no estaban presentes en la sesión de fecha martes tres (3) de septiembre de 2013, y además, por cuanto presentaron excusa por su no asistencia a la sesión ordinaria del día martes veinte (20) de agosto de 2013. Acta número 6. Esas excusas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

Tampoco votó la aprobación del Acta número 6, el honorable Senador: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*; quien no asistió a la sesión ordinaria de la fecha (martes tres (3) de septiembre de 2013-Acta número 8. Su excusa por inasistencia a la sesión del martes tres (3) de septiembre de 2013, fue enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

Los honorables Senadores: *Delgado Ruiz Édinson* y *García Romero Teresita*, no aprobaron el Acta número 6, porque no se encontraban presentes en el recinto al momento de la votación, aunque posteriormente se hicieron presentes en la sesión.

– El Acta número 07, se aprobó por cinco (5) votos a favor, ninguno en contra, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Las honorables Senadoras y Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Romero Hernández Rodrigo, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth* y *Zapata Correa Gabriel.*

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que los honorables Senadores: *Ramírez Ríos Gloria Inés, Rendón Roldán Liliana María* y *Sánchez Montes de Occa Astrid*, quienes estaban presentes al momento de la votación (septiembre tres (3) de 2013), no votaron la aprobación del Acta número 7, por cuanto presentaron excusa por su no asistencia, a la sesión ordinaria del día martes veintisiete (27) de agosto de 2013.

– Acta número 7. Esas excusas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

Tampoco votó la aprobación del Acta número 7, el honorable Senador: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*, quien habiendo presentado excusa, no asistió a la sesión ordinaria de la fecha (martes tres (03) de septiembre de 2013.

– Acta número (8) y además presentó excusa por su no asistencia a la sesión del martes veintisiete (27) de agosto de 2013. Sus excusas por inasistencia, fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

Los honorables Senadores: *Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson y García Romero Teresita*, no aprobaron el Acta número 07, porque no se encontraban presentes en el recinto al momento de la votación, aunque posteriormente se hicieron presentes en la sesión, menos el honorable Senador *Carlosama López Germán Bernardo*, quien presentó excusa, la cual fue enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

Constancia Secretarial:

En la presente Acta, el Secretario de la Comisión Séptima del Senado, deja expresa constancia sobre la asistencia de los altos funcionarios citados e invitados, así:

CITADOS	ASISTIÓ SI/NO	ENVIO EXCUSA SI/NO	DELEGÓ
Ministro de Salud, doctor, Alejandro Gaviria Uribe.	Sí		
Ministro de Hacienda, doctor Mauricio Cárdenas Santamaría.	No	Sí	No
Superintendente Nacional de Salud, doctor Gustavo Morales Cobo.	Sí		

INVITADOS	ASISTIÓ SI/NO	ENVIO EXCUSA SI/NO	DELEGÓ
Directora Ejecutiva de Gestar Salud, doctora Elisa Carolina Torrenegra.	No	Sí	No
Directora Ejecutiva de Acesi, Doctora Olga Lucía Zuluaga.	Sí		
Director Ejecutivo de la Federación Nacional de Departamentos, doctor Germán Chica Giraldo	No	Sí	Doctor Carlos Humberto Arango, Asesor Experto en Salud
Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios, doctor Gilberto Toro Giraldo.	No	Sí	Doctora Sandra Castro Torres, sí vino e intervino
Presidente Ejecutivo de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (Asocajas), doctor Álvaro José Cobo Soto.	No	No	No
Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), doctor Juan Carlos Giraldo Valencia.	Sí		
Presidente de Acemi, doctor Jaime Arias Ramírez.	Sí		
Procurador General de la Nación, doctor Alejandro Ordóñez Maldonado.	No	Sí	Doctora Nohora Cristina Cortés Velásquez (en calidad de observadora), Asesora adscrita a la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los seis (6) días del mes de noviembre del año dos mil trece (2013). Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del Acta número 8 de fecha martes tres (3) de septiembre de dos mil trece (2013), correspondiente a la Octava Sesión de la Legislatura 2013-2014.

Esta Acta número 8, se aprobó en sesión ordinaria del día miércoles seis (6) de noviembre de 2013, según Acta número 15, por nueve (9) votos a favor, ninguno en contra, sobre un total de doce (12) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Las honorables Senadoras y Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Ramírez Ríos Gloria Inés, Romero Hernández Rodrigo, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que los honorables Senadores, relacionados a continuación, no votaron el Acta número 8, por las siguientes razones:

– **Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Carlosama López Germán Bernardo:**

Sí asistieron a la sesión de fecha noviembre seis (6) de 2013 (Acta número 15), en la cual se aprobó el Acta número 8, pero **No votaron**, dado que no asistieron a la sesión de la fecha (septiembre tres (3) de 2013). Sí presentaron excusas y estas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

– **Zapata Correa Gabriel:**

No votó el Acta número 8 (de fecha septiembre tres (3) de 2013), dado que no asistió a la sesión en la cual se aprobó (noviembre seis (6) de 2013).

– Acta número 15. Su excusa será enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

– **Rendón Roldán Liliana María:**

No votó el Acta número 8 (de fecha septiembre tres (3) de 2013), dado que renunció a esta Célula Legislativa desde el día nueve (9) de octubre de 2013, aprobada en Plenaria de Senado en la misma fecha.

– **Yépez Alzate Arturo:**

No votó el Acta número 8 (de fecha septiembre tres (3) de 2013), ya que en dicha fecha no era integrante de esta Célula Legislativa. Fue nombrado en reemplazo de la honorable Senadora Rendón Roldán Liliana María, mediante Resolución número 051 de octubre nueve (9) de 2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

COMISIÓN SÉPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE

ACTA NÚMERO 09 DE 2013

(septiembre 11)

Legislatura 2013-2014

**“Consideración, Discusión y Aprobación
de la Ponencia para Primer Debate al Proyecto
de Ley número 10 de 2013 Senado”**

Siendo las diez y cuarenta y seis de la mañana (10:46 a. m.), del día miércoles once (11) de septiembre de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, en su calidad de Vicepresidenta y como Secretario General, el doctor *Jesús María España Vergara*, se dio inicio a la sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Miércoles 11 de septiembre de 2013 -
Acta número 09

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2013-2014
Comisión Séptima Constitucional Permanente
del Honorable Senado de la República

Fecha: Miércoles 11 de septiembre de 2013

Hora: 10: 00 a. m.

Lugar: Recinto de Sesiones de la Comisión Séptima del Senado - Piso 3 Edificio Nuevo del Congreso.

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín - Presidente y honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos-Vicepresidenta), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del miércoles 11 de septiembre de 2013, será el siguiente:

I

Llamada a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Discusión y Votación en Primer Debate: Proyecto de ley 10 de 2013 Senado, por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación, se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: honorables Senadores *Carlos Alberto Baena*, *Manuel Virgúez*, *Alexandra Moreno Piraquive* y honorable Representante *Gloria Stella Díaz*.

Radicado en Senado: 20-07-2013

Radicado en Comisión: 31-07-2013

Número de artículos: Ocho (8)

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 541 de 2012.

Ponencia Primer Debate: Reproducción mecánica, conforme al inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, sin detrimento de su posterior publicación en la *Gaceta del Congreso*. Publicada en la *Gaceta del Congreso* número 673 de 2013.

Ponentes Primer Debate: honorables Senadoras *Gloria Inés Ramírez Ríos*, *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, *Astrid Sánchez Montes de Occa*, honorables Senadores *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, *Édinson Delgado Ruiz* - Coordinador.

Anuncio de Votación: En sesión ordinaria del día martes tres (3) de septiembre de 2013, según consta en el Acta número 08 de esa fecha.

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores

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

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores:

Ospina Gómez Mauricio Ernesto
Ramírez Ríos Gloria Inés
Rendón Roldán Liliana María
Romero Hernández Rodrigo
Santos Marín Guillermo Antonio
Zapata Correa Gabriel.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer
Carlosama López Germán Bernardo
Delgado Ruiz Édinson
Sánchez Montes de Occa Astrid.

Con excusa dejaron de asistir los honorables Senadores:

Correa Jiménez Antonio José
García Romero Teresita
Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth.

Estas excusas fueron enviadas a la Comisión de Acreditación Documental, oportunamente, para lo de su competencia.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con quórum deliberatorio. 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 sesión ordinaria, Legislatura 2013-2014, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Leer el orden del día previsto para hoy.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez cuarenta y cinco (10:45 a. m.) de hoy miércoles once (11) de septiembre del 2013, por instrucción del señor Presidente de la Comisión del Senado, se procede por la Secretaría de la Comisión, dar lectura al orden del día para la sesión ordinaria.

I

Llamada a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Discusión y votación en primer debate al Proyecto de ley número 10 de 2013 Senado, título, por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación, se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones.

Ponentes para primer debate: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, honorable Senadora *Sánchez Montes de Occa*, honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, quien mediante escrito de fecha septiembre 10 del 2013 se adhirió a la ponencia que estaba previamente radicada, honorable Senador *Édinson Delgado Ruiz*, ponente coordinador.

4. Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores.

Leído el orden del día propuesto, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Sírvase llamar a lista, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Honorable Senador Ballesteros Bernier Jorge Eliécer	
Honorable Senador Carlosama López Germán Bernardo	
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	
Honorable Senadora García Romero Teresita	Registra excusa por calamidad doméstica
Honorable Senador Ospina Gómez Mauricio Ernesto	Presente
Honorable Senadora Ramírez Ríos Gloria Inés	Presente
Honorable Senadora Rendón Roldán Liliana María	Presente
Honorable Senador Romero Hernández Rodrigo	Presente
Honorable Senadora Sánchez Montes de Occa Astrid	
Honorable Senador Santos Marín Guillermo Antonio	Presente
Honorable Senadora Wilches Sarmiento Claudia Janneth	Registra excusa autorizada por la Mesa Directiva de la Corporación, se encuentra en el exterior, en Alemania en Comisión oficial hasta el día 17 de septiembre.
Honorable Senador Zapata Correa Gabriel	Presente

Seis (6) honorables Senadores y Senadoras, contestaron el llamado a lista, señor Presidente, en consecuencia se registra quórum deliberatorio para esta sesión.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

El siguiente punto del orden del día, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Informes de la Mesa Directiva de la Comisión.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Bueno, en primer lugar presentarles a los honorables Senadores y Senadoras un saludo muy cordial. Contarles que el miércoles anterior, en razón a que así lo exigían los honorables Senadores de la Comisión Séptima, se adelantó una importantísima reunión en el despacho del señor Ministro de Hacienda, con la presencia de la mayoría de los honorables Senadores y Senadoras. En esa oportunidad nos acompañó el señor Ministro de la Salud y por supuesto que allí teníamos el interés de garantizar de viva voz del Gobierno Nacional el que se hiciera un compromiso serio y cierto frente a los alcances del Proyecto de Reforma a la salud; era condición *sine qua non* para nosotros poder avanzar, para poder tener tranquilidad y la verdad es que una vez los Honorables Senadores hicieron sus exposiciones, el señor Ministro de la Salud hizo referencia a los alcances de la iniciativa, terminó cerrando la reunión el señor Ministro de Hacienda, dejando un mensaje de tranquilidad, en donde hay unos compromisos muy claros frente a la deuda que hoy se tiene por parte de las EPS con las IPS, la red pública, dejó también claro lo que para todos es motivo de preocupación, la suerte de lo que pueda ocurrir con Caprecom; Caprecom es una de las EPS del Estado que tienen mayor número de compromisos y una obligación bastante grande con las IPS, con la red pública y la verdad es que escuchábamos algunas afirmaciones de parte de los, tanto el Ministro de Hacienda como el Ministro, principalmente el Ministro de Salud, con respecto a lo que pueda ocurrir con esta EPS que lamentablemente no ha hecho un ejercicio que en los últimos años nos deje un mensaje de tranquilidad.

También tuvimos la oportunidad en el día de ayer de atender un llamado del señor Procurador General de la Nación, él, al igual que ocurrió en un momento del estudio de la iniciativa presentada por el Gobierno a consideración del Congreso y de haber hecho el acumulado de las otras iniciativas presentadas por algunos parlamentarios, en su momento el señor Procurador General de la Nación quiso hacer una invitación para que nos reuniéramos con los representantes de las Cajas de Compensación, con Asocajas, y tuvimos un ejercicio bastante importante, bastante enriquecedor, para que de alguna manera nosotros pudiéramos acoger o descartar o por lo menos tener allí en el paquete de discusión las iniciativas, las propuestas que presentaren.

En el día de ayer ocurrió algo muy similar, el señor Procurador a través de la señora Procuradora Delegada para el tema de salud, se hizo una reunión en la que participaron los representantes de algunas EPS a nivel nacional, se presentó el señor Presidente de ACEMI y hubo la presencia también del señor Ministro de la Salud, de los altos funcionarios de la Procuraduría General de la Nación, incluido el señor Procurador, y por supuesto un muy buen número de honorables Senadores que nos acompañaron en esa deliberación del día de ayer, por cierto un ejercicio bastante importante, bastante enriquecedor.

Como también lo saben los honorables Senadores, la semana recién terminada, la semana anterior mejor, estuvimos en una audiencia pública más, muy importante por cierto, en el departamento de Córdoba, su capital Montería, allí hubo espacio para escuchar a un muy buen número de personas que representaban los diversos sectores, los diversos actores de la temática de la salud, como siempre ejercicios que nos son de gran utilidad para esta tarea en la que estamos empeñados todos, que es la de poder enriquecer, poder extractar, poderle sumar iniciativas, propuestas a este proyecto de ley. Balance que los consideramos positivo, una vez más, logramos explicar los alcances del proyecto y una vez más logramos recoger el pensamiento de la comunidad científica, de los trabajadores que entre otras cosas estaban muy preocupados por conocer la suerte que ellos van a correr en este proyecto y pues como para todos es sabido, este es un proyecto que definitivamente consideró que el tema del capítulo que tiene que ver con la parte de los trabajadores de la salud, no va a ser tenido en cuenta en esta oportunidad y que nosotros consideramos que debe ser tratado, o por el Ministerio del ramo, que es el Ministerio del Trabajo, o en su defecto que el pleno del Congreso, la Plenaria de Senado y por supuesto de la Cámara, le dé facultades *pro tempore* al señor Presidente de la República para que él haga los ajustes, las modificaciones, que sea necesario hacerle a este que es un tema muy complejo y que como lo dijimos aquí en diversas oportunidades, en unos dos o tres artículos difícilmente se podría contemplar un tema tan espino como este.

También estamos reclamándoles, señores Senadores, por favor quienes tienen ponencias, quienes tienen proyectos, que nos demos a la tarea de presentar esas ponencias a fin de ser consideradas aquí en primera instancia en el seno de esta Comisión, para luego que hagan tránsito a la Plenaria de Senado o a, si, a Plenaria de Senado en este caso.

También informarlos que en el día de hoy empieza la discusión del proyecto de reforma a la salud, hoy en Plenaria de Senado inicia la recta final en lo que al Senado respecta el proyecto de ley de reforma al sistema de seguridad social en salud. Habrá oportunidad para que las ponencias que han sido presentadas a consideración de la Plenaria del Senado, ponencias mayoritarias, ponencias minoritarias, que serán expuestas en el día de hoy y luego de escuchar las ponencias pues estaremos

atentos a dar el debate correspondiente en los diversos temas que susciten controversia, que susciten puntos de acuerdo o de no coincidencia con los honorables Senadores. El propósito finalmente es lograr que en un par de semanas el Senado de la República haya logrado evacuar de manera seria, responsable, este proyecto de ley que es uno de los proyectos más importantes y de mayor trascendencia para el pueblo colombiano y del cual tenemos todos los miembros de esta Comisión el compromiso de impulsar y de sacar adelante.

De modo pues que ese es el informe que tiene la presidencia de la Comisión Séptima para entregarle a los honorables Senadores.

Quiero decirles a los Senadores que tengan inquietudes al respecto de los temas aquí tocados, por favor que hagamos uso de la palabra y pedirle, señor Secretario, que le dé lectura al siguiente punto del Orden del Día.

Señor Secretario, sírvase darle lectura a una comunicación enviada por el Senador Jorge Ballesteros, con respecto a un proyecto de ley.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Dice la misiva: en mi condición de autor del Proyecto de ley 06 de 2012 Senado, título: "Por medio de la cual se dictan algunas disposiciones en materia de salud", manifiesto respetuosamente se acepte el retiro de esta iniciativa en la medida en que los temas allí tratados están siendo abordados en el Proyecto de ley 210 de 2013 Senado, "por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Lo anterior, de conformidad con el artículo 155 de la Ley 5ª de 1992. Atentamente Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

La Secretaría, señor Presidente, certifica que el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros, es autor de la iniciativa 06, de la cual pide el retiro y de conformidad con el reglamento habiendo sido aprobado el proyecto en primer debate, solo la Comisión en pleno puede aceptar o negar el retiro de la iniciativa, si así lo pide el autor de la misma.

Presidente, honorable Senadores Guillermo Antonio Santos Marín:

Someto a consideración la solicitud presentada por el honorable Senador Jorge Ballesteros. Tiene el uso de la palabra el honorable Senador Gabriel Zapata.

Honorable Senadores Gabriel Zapata Correa:

Gracias, Presidente. Un saludo muy cordial a los colegas de la Comisión. Simplemente tres cosas muy puntuales sobre este tema: Cómo está anunciado el proyecto para discusión en la Plenaria para segundo debate hoy el de salud, ¿ahí incluyeron también el de Ballesteros? Tenemos que mirar cómo está anunciado en el Orden del Día, porque si está anunciado y esta así en la Gaceta anunciado, pues obviamente cómo subsanamos esa situación para que no vamos a crearle una situación de trámite al proyecto fundamental. Sim-

plemente pregunto eso. Yo tengo aquí el Orden del Día y no es sino verlo cómo está anunciado, porque si está anunciado el 210 con el de Ballesteros, entonces cómo hacemos nosotros para retirarlo si está anunciado en Plenaria.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Lo que está diciendo el Senador Ballesteros es que el tema sobre integración vertical, a lo cual alude el Proyecto de ley 06, está contemplado en el proyecto general de reforma a la seguridad social.

Honorable Senador Gabriel Zapata Correa:

A ver, perdón Presidente. Es que mire, tengamos en cuenta, dice aquí, este es el Orden del Día: Proyecto de ley número 210 del 2013 Senado, acumulados los Proyectos de ley 233 del 2013 Senado y 051 del 2012 Senado. Entonces yo entiendo que estamos pidiendo que se acepte el retiro del proyecto del Senador Jorge Ballesteros.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El 06, no el 51, el 51 es de la iniciativa del Senador Ballesteros y del Senador Édinson, el 06.

Honorable Senador Gabriel Zapata Correa:

El 06 no aparece acá anunciado.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Esta refrendado por la Honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres y el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

Honorable Senador Gabriel Zapata Correa:

Correcto, correcto, simplemente quería hacer esa claridad.

Lo otro, dos punticos Presidente: finalmente cuál fue la posición del Procurador ayer al terminar la reunión, como yo me tuve que retirar en la posición del Procurador; y una comunicación que recibimos hoy del Ministro para un artículo de un acuerdo que hizo el Presidente con Fecode. No sé si usted recibió también la misma comunicación.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

A ver, doctor Zapata, en el tema del señor Procurador, él pues la verdad simple y llanamente lo que al final consideró es que los puntos de vista presentados por los señores de las EPS, por el señor Presidente de ACEMI, las opiniones puestas a consideración para el análisis al interior de la charla, pues que simple y llanamente él las tendría pues en cuenta para su análisis, pero no hubo un comentario, no hubo un compromiso, no hubo un requerimiento, solamente un llamado a que la Comisión y en general el Congreso, asumamos con la suficiente responsabilidad, con los conocimientos de todas estas manifestaciones que hay en los diversos actores del componente de la salud, para que podamos sacar un producto bien elaborado y que él está pues ahí como muy atento a la ayuda y a la colaboración para que logremos ese propósito.

En el otro tema, es una comunicación que está enviando el señor Ministro, pero que él considere que debemos hacer una charla previa, cosa que seguramente la vamos a hacer antes de iniciar la discusión y vamos a analizar cuáles son los alcances de esos acuerdos que lograron ellos con el Magisterio. Los maestros de Colombia se lamentan, se quejan de una dificultad inmensa a la hora de reclamar la pensión. Sabemos todos que ese es un sistema especial, que ellos manejan el tema pues allá interno. Lo que no sé, doctor Zapata, y es esa como la idea de podernos reunir con el Ministro para que él nos explique realmente cuáles son los alcances del compromiso que se adquirió ayer con Fecode y con los Maestros de Colombia.

Quiero someter a consideración entonces la solicitud presentada por el honorable Senador Ballesteros, continua la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿la aprueban?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ha sido aprobada con ocho (8) votos, quórum decisorio, presentes en el recinto, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

En consideración el Orden del Día presentado para esta sesión. Continua la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿lo aprueban los honorables Senadores?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ha sido aprobado por ocho (08) votos presentes en el recinto.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Siguiente punto del orden del día, señor Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Inicio de la discusión en primer debate al proyecto de votación, al Proyecto de ley número 10 de 2013 Senado, título: "por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación, se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones". Proyecto de la iniciativa de los honorables Senadores, Carlos Alberto Baena, Manuel Virgüez, Alexandra Moreno Pirquive y la honorable Representante Gloria Stella Díaz.

Proyecto de ley publicado en la *Gaceta del Congreso* 541 del 2012. Ponencia en primer debate publicada en la Gaceta 673 de 2013, ponente en primer debate Senado: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*, honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, coordinador ponente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Quiero ofrecerle el uso de la palabra a los ponentes de esta importante iniciativa, doctora Gloria Inés Ramírez tiene el uso de la palabra como coordinadora ponente de esta iniciativa.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Gracias señor Presidente, buenos días para todos y todas. Antes de dar inicio a esta ponencia yo quiero, señor Presidente, referirme realmente al acuerdo que ha habido con la Federación Colombiana de Educadores. Yo pienso que quienes aquí hemos tenido la oportunidad, porque tengo aquí un colega que trabajamos y conocemos a fondo lo que significa la problemática en materia de salud de los maestros de Colombia, estamos muy complacidos con el acuerdo que se hizo en el día de ayer, porque de verdad el Gobierno Nacional desde el año 2000 se ha comprometido a ir subsanando una deuda que se tiene desde antes del año 2000, es una deuda con el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, antes de la nacionalización, Doctor Zapata, en el Fondo del Magisterio la salud se venía manejando a través de las entidades territoriales y las entidades territoriales colocaban una plata y los maestros colocaban otra plata. Cuando se hace la nacionalización, se unifica para todo el país la cuota de los trabajadores en el 5%, pero también se unifica la cuota patronal y a partir de allí se hicieron unos convenios a través de un corte actuarial, para que el Estado colombiano fuera emitiendo unos bonos que poco a poco fueran fondeando el Fondo de Pensiones del Magisterio.

El modelo de salud de los maestros es un modelo que he llamado un modelo de tipo especial y es especial porque se hace sobre la base de una UPC familiar, o sea no solamente cubre al maestro y su beneficiario, sino a todo su núcleo familiar, incluido el padre y la madre. Funciona por territorialidades, es decir tiene nueve (09) regiones en el país, buscando que haya un equilibrio de solidaridad entre las regiones que tienen mayor volumen, que tienen mayor cotización y las de menos volumen o de las regiones alejadas, para que la una con la otra establezca un modelo, digamos, de equilibrio. Su asignación se hace a través de una política que se llama Los Términos de Referencia. Los Términos de Referencia son como el POS, digámoslo así, de los compromisos que tendrían que hacer los licitantes o quienes ganen la convocatoria se comprometen con esto y tienen unos plus, un plus es que por lo menos en materia de atención externa tienen un sitio especializado para los educadores como tal y además otros elementos que son de importancia que se han venido ganando en lo que tiene que ver con la salud laboral, con la salud ocupacional.

¿Cuál es el problema?, que esto se hace de manera integrada y de la plata de la salud se están pagando las pensiones, o sea hay un déficit pensional, lo que ha hecho entonces, el compromiso con el Gobierno ha sido en primera instancia en

materia de salud mantener ese régimen especial de los educadores y en segunda instancia unos giros para que efectivamente se empiece a fondear este fondo de prestaciones del Magisterio y de esta manera no se siga ahondando la deuda con el fondo de pensiones restándole a la salud y por lo tanto haciendo, prestando el servicio de salud de menor calidad, ese es un punto que es fundamental.

Fuera de esto, una cosa que tiene que ver con las primas, pues que no es de competencia del Ministerio de Salud, pero que lo que compete a nosotros en esa ley sería muy bien visto que se mantenga ese régimen excepcionado de los educadores en torno de la aplicación de la Ley 100, que es el artículo 139, para que se mantenga en esta nueva ley ordinaria como tal; ese es el sentido del acuerdo y queremos decirlo que con total tranquilidad vamos a poder firmarlo y coadyuvarlo, y aunque yo tengo una ponencia de archivo, seguramente cuando discutamos los artículos de la ponencia mayoritaria ahí vamos a estar refrendando y apoyando esta propuesta como tal. Y ahí están integrados también los indígenas, para los etnoeducadores que también hay un elemento especial como tal.

Gracias, señor Presidente.

Entonces vamos a darle inicio a esta ponencia que es una ponencia que tiene una gran significación por la importancia social de la misma, sobre todo para la sociedad y la familia colombiana. Quiero decir que en nuestro país, el nombre de la ponencia lo dice, no es cierto. Es por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación y se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos, hijas y se dictan otras disposiciones.

Somos varios compañeros los ponentes, pero hemos estado de acuerdo para que sea yo quien haga la exposición de esta ponencia porque es unánime realmente la presentación de la misma.

La primera consideración que quiero tener en cuenta, es que en nuestro país se presenta gran cantidad de denuncias por el incumplimiento de las cuotas alimentarias y por el delito de inasistencia alimentaria ante las diferentes Comisarias de Familia y Fiscalía, es decir, este es un delito que viene en crecimiento, esta es una denuncia que viene también en crecimiento. Sin embargo pese a esta realidad del aumento de las denuncias y de la penalización de las mismas, no existe un mecanismo que logre reducir este incumplimiento, pero además, ni revisar la efectividad de los mecanismos establecidos para reclamación de este tipo de derechos. Este es el objetivo central de esta ley, es fijar un mecanismo que sea efectivo, para que se haga efectivo el cumplimiento de lo que llamamos la inasistencia alimentaria. Vamos a, voy a manejarlo con muchas más profundidad, pero quiero decirles, es que como desapareció el DAS, que era quien hacía todas estas veces, hoy en la práctica está huérfano el delito y necesitamos pues dar protección a la familia.

Objetivo entonces del proyecto de ley: crear, oigan bien honorables Senadores y Senadoras, crear el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, como mecanismo de seguimiento y control al Estado de los procesos judiciales e investigaciones sobre inasistencia alimentaria de los ciudadanos y ciudadanas que se haya comprobado estén en mora con la prestación de los alimentos fijados por la ley en el Código de Infancia y Adolescencia, estamos hablando del artículo 24 y del Código Civil Colombiano en su artículo 411.

¿Cuál es el marco jurídico para este proyecto de ley?, está la Constitución Política de 1991, está la Ley 1098 del 2006 que es el Código de Infancia y Adolescencia, está el Código Civil en su título vigésimo primero, el artículo 411 cuando habla de cuáles son los titulares del derecho de alimentos y en su artículo 414 cuando habla de los alimentos congruos, como aquellos necesarios para subsistir modestamente al cónyuge, es decir no solamente a los hijos, sino también al conyugue cuando queda en un estado de desamparo o de desprotección total.

También tenemos el Código Penal y es aquí donde me voy a detener un poco. El Código Penal en su capítulo cuarto habla de los delitos contra la inasistencia alimentaria, en su artículo 233 que fue modificado por la Ley 1181 del 2007, quedó así: ¿Qué es la inasistencia alimentaria?, dice: el que se sustraiga sin justa causa a la prestación de alimentos legalmente debidos a sus ascendientes, descendientes, adoptante, adoptivo, cónyuge o compañero o compañera permanente, incurrirá en prisión de 16 a 54 meses y a una multa de 13.33 a 30 salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena será de prisión de 32 meses a 72 meses y una multa de 20 a 37.5 salarios mínimos legales mensuales vigentes cuando la inasistencia alimentaria se cometa contra un menor.

Parágrafo. Para efectos del presente artículo se tendrá por compañero y compañera permanente únicamente al hombre y la mujer que forman parte de la unión marital de hecho, durante un lapso no inferior a dos (2) años en términos de la Ley 54 del 90, y el parágrafo segundo que dice: en los eventos tipificados en la presente ley se podrá aplicar el principio de oportunidad.

¿Cuáles son los antecedentes de todo esto? Los antecedentes están puestos en la Ley 311 de 1996. La Ley 311 de 1996 creó el registro nacional de protección familiar, que debía ser implementado por el DAS para que se llevara el registro de quienes se hubieran sustraído sin justa causa del cumplimiento de la obligación alimentaria y establecía una serie de sanciones, por ejemplo: para los servidores públicos se constituiría en falta grave y la reincidencia constituiría una falta gravísima, sanciones que procederían de conformidad con la Ley 200 del 95, es decir la destitución de su puesto.

Para los empleadores privados la sanción con una multa de 2 a 20 salarios mínimos mensuales y la reincidencia acarrearía una multa entre 20 y 40

salarios mínimos mensuales. Las multas de que trata este artículo estaban destinadas para el fomento y desarrollo de los programas a cargo del Instituto de Bienestar Familiar y en el evento, como esto lo hacia el DAS, el DAS certificaba que la persona tiene obligaciones alimentarias pendientes, el nominador o el empleador en su caso procedería a desvincularla del empleo o cargo de funcionario o empleado, según el caso, en un término de diez (10) días.

Como ustedes ven esta era una ley muy drástica, pero al final de esto la ley no se cumplía como tal, esta ley tiene una serie de críticas que quiero plantearlas, por ejemplo: en el espíritu sancionatorio, una de las críticas es que reforzaba la tendencia a sancionar a quienes estuvieran en deuda en la prestación de alimentos sin dar una alternativa, es decir, si yo tengo una deuda de alimentos, entonces lo que hace es que lo echan del puesto. El problema no es ese, el problema es que se ponga a paz y salvo con la deuda y siga cumpliendo con la responsabilidad que tiene con sus hijos o con el Estado, o con el conyugue supérstite.

La falta de aplicabilidad. De acuerdo con el estudio de la Secretaría de Gobierno de Medellín, de la Universidad de Medellín, en el estudio que se hizo había un desconocimiento por parte de las empresas, de los juzgados de familia, de la comunidad y de las personas, realmente afectadas de la ley. Es decir un desconocimiento total de la ley y por lo tanto también era inócua. La ley realmente surgió un efecto es cuando usted iba a salir del país y si estaba registrado pues no lo podía hacer, pero el resto de cosas era una burla o ha sido una burla para las mujeres fundamentalmente que son las que quedan con toda la responsabilidad, sin querer decir que no haya mujeres que también tengan ese problema de no pagar la cuota de asistencia alimentaria.

Pero además la Corte Constitucional, la Sentencia C-657 del 97 declaró inexecutable el artículo octavo que decía: la norma demandada lesiona directamente el derecho del trabajo de la persona, pero además repercute por paradoja en la efectiva desprotección de quien reclama los alimentos, pues quita al supuestamente obligado la fuente de recursos para cumplir con las prestaciones a su cargo. Es decir, ¿Qué dijo la Corte?, la Corte lo que dijo: no es justo que efectivamente por tener una deuda alimentaria, a mí se me deje y se me afecte en el derecho fundamental del trabajo, lo que hay que buscar es la forma alternativa para pagar con esa deuda y que efectivamente la familia no quede desprotegida.

Ese es entonces en principio, las críticas que es lo que nosotros tratamos de resolver o lo que se trata de resolver con esta ley, para darle la salida a quienes no cumplen con sus hijos, con su familia, pero también para no violentar el derecho al trabajo.

Hay otros antecedentes legislativos, pero vamos entonces a mirar cuál es la justificación de la

ley. La justificación: la Corte ha planteado la inasistencia alimentaria como una forma de violencia y yo pienso que esto es muy importante para que los colombianos y colombianas lo entendamos, la violencia intrafamiliar, dice el estudio de la Universidad de Medellín: sin lugar a dudas la inasistencia alimentaria es una clara manifestación de violencia intrafamiliar, en la medida en que excluye, discrimina y priva del acceso y control de los recursos de los integrantes del núcleo familiar que tienden a ser más vulnerables como son los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres.

De acuerdo con la Fiscalía General de la Nación ha dicho que la inasistencia alimentaria también es violencia de género y lo dice de esta manera: la inasistencia alimentaria es una de las formas de violencia patrimonial, de ocurrencia más frecuente en nuestro país, toda vez que es una conducta que entienda una desatención de una obligación alimentaria por parte de quien está obligado a garantizar las condiciones mínimas de subsistencia, obligando a las mujeres, en la mayoría de los casos y sin desconocer que esa conducta también es cometida por mujeres, aunque en una proporción menor, a limitar la disposición de su patrimonio para poder garantizar una digna subsistencia a hijos e hijas. Es decir, además de violentar, de ser violencia intrafamiliar, también representa lo que significa la violencia de género.

¿Cómo justificamos la ley? 1. El cumplimiento de las metas del objetivo número uno del Milenio habla de erradicar pobreza extrema y hambre, eso está ratificado por el Conpes 91 del año 2005. Dice: reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padecen hambre; reducir a un 3% de los niños menores de cinco años con desnutrición global, peso para la edad, es la línea de base de 1990, que tenemos que era el 10%.

Reducir a 7.5% las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria, que en la línea de base de noventa, que es lo que estamos hoy todavía trabajando, es del 17%, estos son los mismos datos que nos da a nosotros Bienestar Familiar y con los que se rige la minuta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Segundo, el cumplimiento de la política pública nacional de primera infancia, el Conpes social 109 del 2007. Allí se estableció la importancia de desarrollar políticas públicas enfocadas a la protección y cuidado de la infancia. Pero además yo quiero decir, es que hay que atacar el hambre, mire, el hambre es el factor determinante del ejercicio de cualquier otro derecho. Yo puedo tener una lista de derechos, pero si no ataco la pobreza, que trae inherente el hambre, no puedo ejercer ningún derecho. O sea que la pobreza es un factor determinante y una manera de atacarlo es con medidas como estas que estamos colocando.

Quiero mostrar simplemente para que los Senadores y Senadoras podamos tomar conciencia de lo que significa y por qué la importancia de esta ley. Ha habido un incremento del delito de inasistencia

alimentaria en Colombia. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar dice: en el año 2012 se presentaron ciento veinte mil doscientas cuarenta y cinco (120.245) demandas por alimentos, entre los juzgados de familia, la mayoría se resolvieron por sentencia judicial. Hay muchos padres que someten la subsistencia de niños y niñas a prolongados procesos judiciales, que además son dispendiosos y arroja pírricos resultados en términos económicos frente a las necesidades reales de niños y niñas y adolescentes, o sea son padres que no comprenden que la responsabilidad cuando asumieron engendrar un niño, debieran comprometerse a responder por él hasta que él tuviera la capacidad de autosostenerse o de autofinanciarse, sin embargo, ha habido un crecimiento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

El Consejo Superior de Judicatura. En el Consejo Superior de la Judicatura se han tramitado en el curso de los últimos cinco (5) años doscientas doce mil ochocientos ochenta y un (212.881) procesos por inasistencia alimentaria en los despachos judiciales, y se han atendido doscientos cuarenta mil quinientos veinte (240.520). El 43% corresponden al área penal y el 57% al área de familia, o sea, procesos que han sido productos de procesos de conciliación y otros procesos que han tenido que seguir toda la ruta dispendiosa que sabemos significa un proceso penal. Esto revela la magnitud del problema a nivel social que recae fundamentalmente sobre los menores de edad.

La Fiscalía. La Fiscalía qué nos dice. La Fiscalía nos muestra que entre enero del 2005 y abril 22 del 2012, a nivel nacional han existido quinientos nueve mil doscientos treinta (509.230) procesos penales indiciados por el delito de inasistencia alimentaria, y de estos, oigan bien, solo cuatro mil cuatrocientos tres (4.403) han terminado en ejecución de penas, mientras que cuatrocientos ochenta y seis mil setecientos diecisiete (486.717), están en indagaciones; cuatro mil cuatrocientos cincuenta y ocho (4.458) en investigaciones y trece mil seiscientos cincuenta y dos (13.652) están en juicio.

Por eso para nosotros es tan importante este proyecto de ley. Ahí hay un cuadro que muestras las cifras que he acabado de anunciar.

¿Pero para qué es esta ley?, ¿por qué esta propuesta de registro de deudores de cuotas alimentarias?, y quiero que nos centremos aquí, que es la almendra de este proceso. ¿Para qué la ley? Es necesario, esta ley es fundamentalmente para diseñar un instrumento útil para hacer efectivo el pago de las cuotas alimentarias y garantizar la protección de la seguridad alimentaria a quienes se deben dar alimentos por ley, sin violentar el derecho al trabajo de los deudores de cuotas alimentarias. Es decir, estamos buscando una alternativa que se pague, que no se deje de pagar, que se pague, hacer que los padres sean responsables sin que pierdan su fuente de empleo.

La responsabilidad de la implementación. ¿Quién va a implementar esta norma? Estamos

proponiendo que la norma sea implementada, su administración y habilitación por parte del Consejo Superior de la Judicatura, dentro de sus sistemas de información y estadística. El sistema asegurará la disponibilidad electrónica de información sobre reportes. ¿Esto por qué? A usted que le preocupa tanto, Doctor Zapata, la parte fiscal. Por qué el Consejo Superior de la Judicatura tiene la obligación de que los jueces, fiscales y todo el sistema le reporte los casos, entonces simplemente es que los desagregue para lo que tiene que ver con el problema de asistencia alimentaria y pensamos que de esta manera vamos a tenerlo de manera actualizada y va a ser efectivo y mucho más si lo vamos a tener con disponibilidad electrónica, es decir, en cualquier computador usted puede saber en qué estado está su caso y los dolientes, los hijos, o la mujer, o el cónyuge si es el caso, va a poder saber en qué estado esta y en dónde va a poder trabajar. Y en todo caso, vamos a tener un reporte para poder que se haga efectivo el delito penal, si es que amerita para ello.

¿Quiénes serán los reportados? Serán los reportados aquellos ciudadanos o ciudadanas, porque repito, no implica no haya mujeres que incumplan con la ley, que se encuentren en mora de cumplir con su obligación de prestar alimentos, ya sea de manera provisional o definitiva, fijados por sentencia judicial o conciliación ante autoridad competente que conste en acta que preste mérito ejecutivo, es decir no es cualquiera, tiene que haber hecho todo un procedimiento legal de acuerdo con la norma y de esta manera entonces es la persona que ira a ese registro.

¿Cuáles son los efectos del registro? Los efectos del registro son en primera parte es que otorga facultades para que a través de autorización judicial el empleador de manera directa proceda a efectuar los descuentos y ponerlos a disposición del juzgado o autoridad competente, a fin de que se materialice el derecho a la alimentación de los familiares que dependen el trabajador, trabajadora y empleado o empleada. Es decir es efectivo, tengo este registro, puedo ir a un proceso judicial y una vez hecho el registro el empleador de manera directa podrá descontar del salario la cuota que corresponde de acuerdo al juzgado y la depositará en el banco o donde sea la competencia.

¿Cómo opera?, ¿Cómo va a operar? Cuando el ciudadano o ciudadana se encuentra reportado en el registro, estará sujeto a que el empleador del sector privado, oigan bien, o fondo de pensiones al que se encuentre vinculado, porque es que hoy tenemos pensionados que tienen niños muy pequeños y hay pensionados también que no cumplen, o pensionadas que no cumplen, que se encuentren vinculados, efectúen los descuentos mensuales de la nómina u honorarios en un porcentaje que no podrá ser hasta el 50% del monto mensual de estos. Es más o menos también lo que está estipulado en la ley, no cambiamos el monto, sino simplemente el modo operativo para que sea efectivo.

En el mismo periodo de pagos esta suma será puesta a disposición del despacho judicial o autoridad competente que hizo el reporte al registro, hasta tanto se consigne el afectado y se acredite que la deuda ha sido cancelada. ¿Esto por qué es tan importante?, para quitar ese desfile hacia los juzgados, para quitar ese tormento del hijo o de la madre o del padre frente al afectado, si se hace directamente, si se tiene el proceso judicial y se hace directamente, simplemente cuando ya se termine de pagar, simple y llanamente el afectado lleva la, ¿Cómo se llama eso?, el memorando o el oficio, bueno la orden judicial e inmediatamente cesa el cobro directo por nómina. O sea, esto es efectivo lo que queremos hacer.

Sin embargo hemos hecho un pliego de modificaciones al proyecto de ley y este pliego de modificaciones tiene más o menos, tiene un sentido, por ejemplo en el título del proyecto: ¿qué hace el pliego de modificaciones en el título del proyecto?, lo que hacemos es restringirlo solamente al objetivo que es la creación del registro de deudores de cuotas alimentarias, porque el proyecto de ley también habla otras disposiciones para el incumplimiento de esta obligación, pero habla también de salud y al hablar de salud se vuelve incompatible con el objeto del proyecto; por esa razón hacemos una modificación que enseguida voy a mostrar.

Al artículo objeto de ley: el registro es un mecanismo de control y seguimiento a los procesos judiciales e investigaciones sobre inasistencia alimentaria. O sea lo que hacemos es un seguimiento directo, hecho por quién, por el Consejo Nacional de la Judicatura.

El artículo dos, las funciones del registro, lo que hacemos es mejorar la redacción de las funciones. En el artículo tres, la responsabilidad y funcionamiento, dos (2) elementos ahí, ustedes ven que hay dos rayas: otorga funciones al Consejo Superior de la Judicatura de administrar y habilitar el registro; esto es muy importante porque era lo que hacía el DAS. Y se elimina el párrafo de sanción de funcionarios que no inscriban o reporten el registro y se adicionan dos párrafos que mejoran la redacción y ponen un término para la implementación, o sea que no sea *motuo proprio*, sino que efectivamente hayan unos términos que permitan que efectivamente la norma pueda servir.

Los efectos del registro. Explica la realización de los descuentos para el pago de la deuda guardando el espíritu original del proyecto. Se eliminan artículos que violan derecho al trabajo de servidores públicos morosos, otras inhabilidades y se establece una redacción más clara del procedimiento, es decir, todo lo que sea pérdida de empleo lo quitamos, porque es ponerlo de acuerdo con la sentencia de la Corte Constitucional. El proyecto inicial mantenía la causal gravísima, lo que daba destitución, pero como la Corte Constitucional declaró inexecutable el artículo octavo, pues lo que hicimos fue adecuar el proyecto de ley a esto, para que la gente no pierda su puesto de empleo sino

que haya un mecanismo que efectivamente cumpla el objetivo, que es pagar la cuota de asistencia alimentaria.

En el artículo quinto de sanciones, se recuperan las sanciones que están establecidas en la Ley 311 del 96 y eliminamos en el artículo séptimo, se elimina porque habla de la obligación de los hijos, de vincular los hijos al sistema de seguridad social, porque no procede en la redacción de este proyecto de ley, o sea no es conexo, no articula con este proyecto de ley.

Ahí tenemos entonces el cuadro de modificaciones del articulado, en el título, entonces ustedes ven: "... para el control del cumplimiento de esta obligación se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones". Dejamos simplemente "por la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias y se dictan otras disposiciones para el incumplimiento de esta obligación".

El registro nacional de deudores de cuotas alimentarias. Bueno, yo creo que ya ustedes tienen esto y yo evitaría pues entonces el cuadro de modificaciones y entonces, señor Presidente, con estos elementos considero que podemos, la petición de todos los honorables Senadores como proposición solicitamos entonces a la Comisión Séptima aprobar el informe de ponencia al Proyecto de ley número 10 de 2013 firmado por todos los ponentes, consideramos que estamos haciendo justicia con la sociedad colombiana, con las familias colombianas, con los niños y con las niñas y con las mujeres de este país. Gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Señor Secretario. Le ofrezco el uso de la palabra a la honorable Senadora Astrid Sánchez de Occa.

Honorable Senador Astrid Sánchez Montes de Occa:

Buenos días señor Presidente, gracias. Buenos días a nuestros colegas y a las personas del público. Con esa presentación de la doctora Gloria lo deja a uno sin participación, es una muy buena exposición. Como ella decía estamos unificados en los criterios de que este proyecto pueda ser aprobado. Tenemos en cuenta que este proyecto es importante la iniciativa por la situación del delito de inasistencia alimentaria en Colombia, porque es recurrente la violación a los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, que está consagrado en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, entre los cuales se encuentra la alimentación equilibrada, por tanto se vincula directamente con la afectación al derecho a los alimentos que reconoce el Código de Infancia y Adolescencia en su artículo 24. Sin embargo, según este Código desarrollado por la Ley 1098 del 2006, el derecho de alimentos implica todo lo que es indispensable para el sustento: habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción, y en general todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, niñas y los adolescentes.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el delito de inasistencia alimentaria representa un factor de violación masiva a los derechos fundamentales y agrava si tenemos en cuenta que la Constitución Política Nacional es explícita en su artículo 44 de los derechos de los niños que prevalecen sobre los demás derechos.

Es importante lo que decía la doctora Gloria frente a que este delito de inasistencia alimentaria es cometido en mayor proporción por los hombres y en menor proporción por las mujeres, pero es alarmante según los datos de la Fiscalía General de la Nación afirma que entre enero del 2005 y abril 22 del 2012 a nivel nacional existe un claro sesgo de género entre lo denunciado, puesto que existe una mayor cifra en los hombres sindicados por esta conducta: tres mil cuatrocientos setenta y un (3.471) hombres, frente a noventa y un (91) mujeres. Yo pensaba, doctora Gloria, que nosotros debemos seguir implementando y seguir digamos informando a nuestras mujeres que debemos de ser un poquito más responsables pero que definitivamente las mujeres no incidimos y no aplicamos tanto este delito y que más se ve en los hombres. Y lo que usted le decía al Senador Zapata, que esto no tiene un impacto fiscal y que por lo tanto la iniciativa no ordena un gasto adicional ni tampoco toca beneficios tributarios, como lo advierte el artículo séptimo de la Ley 819 del 2003, por lo tanto esta iniciativa tiene como razón principal que está su implementación enmarcada dentro del sistema de información que está en cabeza del Consejo Superior de la Judicatura, como lo explicaba la doctora Gloria, por la Ley 1285 del 2009.

De tal manera que la iniciativa no implica un impacto fiscal y facilita su aplicación, pues no depende de la disponibilidad presupuestal de la entidad para ser implementada y de esta forma el proyecto implica dar nuevas indicaciones al Consejo Superior de la Judicatura para poner en funcionamiento el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, junto con las sanciones y restricciones expuestas en el proyecto de ley, que establecen un nuevo marco coercitivo sin imponer nuevos gastos presupuestales a la entidad.

Es importante también resaltar que con esta iniciativa nosotros logramos que sus efectos en el registro de deudores de cuotas alimentarias, que busca exigir que los padres garanticen la asistencia alimentaria; se puede consultar de manera completa en el Proyecto de ley 10 de 2013 en los artículos cuarto y sexto.

Algunas de las propuestas más representativas que se deben mencionar son por ejemplo la de condicionar el acceso a los cargos públicos y a contratación con el Estado a cambio de la circunscripción de autorizaciones de descuentos. ¿No se aplicó? Ah. Excúsame. Como vienen unas modificaciones pensé que estaban opinando sobre la modificación.

El acceso a cargos públicos o de contratación con el Estado a cambio de suscripción de autorizaciones de descuentos de salarios para el pago

de las cuotas. También es importante o interesante que los deudores queden inhabilitados para asumir créditos y que la única manera de hacerlo sea para pagar las deudas de inasistencia alimentaria.

Con estos mecanismos se limita el campo de acción del deudor y se le predispone para que haga el pago de la asistencia alimentaria de una u otra manera, además de esto se establece una herramienta adicional que obliga al deudor, como se modificó, para que sea inscrito en la salud, que fue modificado por las modificaciones que explicó de la doctora Gloria. En esta circunstancia y teniendo cuenta todos los aportes y las bases legales que hizo la doctora Gloria, nosotros consideramos que este proyecto debe ser aprobado. Gracias.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Tiene el uso de la palabra doctora Gloria Ramírez.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Presidente, es simplemente para pedir entonces que votemos en bloque el proyecto de ley y que se omita la lectura del articulado del mismo.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Sírvase, señor Secretario, dar lectura. Tiene la palabra doctor Jorge Ballesteros.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Presidente. Comparto plenamente la intencionalidad de este proyecto de ley y el propósito por supuesto que tiene de proteger el derecho fundamental de los niños frente a esta vulneración que pudiera haber con el no pago de su cuota alimentaria, y me parece que es oportuno además porque estamos viendo casos, entre otros muy publicitados como el de un famoso futbolista que tuvo la familia que acudir a la justicia penal, a la Fiscalía para procurar que cumpliera el deber de pagar su cuota alimentaria. De tal manera que me identifico y votaré favorablemente.

Tengo tres comentarios muy puntuales, Senadora Gloria, y es en el tema del título, porque es que el título, la propuesta de modificaciones dice: "Por lo cual se crea el registro nacional de deudores de cuota alimentaria y se dictan otras disposiciones para el incumplimiento de esta obligación". Bueno, aquí en la Gaceta pusieron "para el incumplimiento de esta obligación"; entonces, parecería pues un contrasentido, cierto. Entonces hay que modificar, Secretario, porque lo que dice ahí es "para el incumplimiento de esta obligación".

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Así aparece Senador, en la página trece (13) de la Gaceta, en la proposición con que termina el informe el título está correcto.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Listo, de acuerdo.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Lo segundo es lo que tiene que ver con el monto de las sanciones de los empleados privados, porque ahí parecería que, a mi juicio, debería hacerse claridad de cuándo hay la sanción por primera vez y cuándo se es reincidente, porque en la propuesta o en el proyecto se dice que. A ver, ¿dónde lo encuentro?

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Artículo segundo.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

¿Artículo segundo?

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Donde están las sanciones. Es exactamente como está en la Ley 311.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

¿Eso quedó así?

Vicepresidenta, honorable Senador Gloria Inés Ramírez Ríos:

Sí, como está en la Ley 311, no se modificó.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Porque yo pensaba que de todas maneras dejar bien claro que cuando fuera por primera vez pues se estableciera una sanción fija, precisa y si es reincidente pues por supuesto se ampliará esa sanción. Yo inclusive tenía una propuesta por primera vez entre dos (2) y diez (10) salarios mínimos mensuales y para los que reincidan que sean de once (11) a treinta (30) salarios.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Mira, está así: para los empleados privados se sancionará con una multa entre dos (2) y veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes según lo decretado por el juez o autoridad competente que ordenó, ta, ta. La reincidencia de los empleados privados acarreará una multa entre tres (3) y treinta (30) salarios mínimos, o sea está aumentada, así lo trae la Ley 311.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Pero pareciera que eso se superpone, ¿no?, una sanción con la otra, porque está entre dos (2) y cuánto dice.

Vicepresidenta, honorable Senador Gloria Inés Ramírez Ríos:

Es poquito, entre dos (02) y veinte (20) salarios y la otra es entre tres (3) y treinta (30).

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Es decir, que de pronto al reincidente le ponen a una sanción menor que.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Entre veinte (20) y treinta (30), entre tres (3) y treinta (30).

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

No, entre tres (3) y treinta (30).

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Es que es por rangos, está hecha por rangos, la multa está entre (2) y veinte (20) salarios mínimos para la primera y la segunda entre (3) y treinta (30) salarios mínimos, o sea es muy poco.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Sí, porque, no, no, yo lo que digo es que se pueden superponer y puede darse el caso de que un reincidente de pronto tenga menor sanción que el que lo hace por primera vez.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Sí, entonces lo tendremos en cuenta para la segunda ponencia, para el segundo debate, perfecto.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Y, finalmente, en lo que tiene que ver con el destino de los recursos, el uso de los recursos, solamente se habla, se define un 20% del total recaudado para el Consejo Superior de la Judicatura y ¿el otro 80%?

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tal y como está en la Ley 311.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Ya. Ah bueno, perfecto, listo.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Sírvase, señor Secretario, dar lectura al informe con que termina la ponencia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Previo a esta lectura, señor Presidente, al Secretaría verificó la observación del Senador Ballesteros, efectivamente en la página catorce (14) de la *Gaceta*, en el título del articulado propuesto aparece el término “incumplimiento”, entonces se asume que la manera correcta es “cumplimiento”.

Proposición, por todas las consideraciones anteriores solicito a los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado aprobar en primer debate el informe de ponencia el Proyecto de ley 10 de 2013 Senado, “por medio de la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias, se dictan otras medidas para el control del cumplimiento de esta obligación, se establecen beneficios en materia de salud para sus hijos y se dictan otras disposiciones”, con las modificaciones

que se proponen. Firman honorable Senador *Édinson Delgado Ruiz*, coordinador, honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez*, honorable Senadora *Claudia Wilches Sarmiento*, honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*, honorable Senador *Mauricio Ospina*, quien se adhirió a la ponencia mediante escrito de fecha septiembre diez (10). Leída la proposición, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

¿Cuántos artículos tiene el proyecto de ley, señor Secretario?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El articulado consta de siete (7), señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Someto a consideración la proposición con que termina el informe. Continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿la aprueban los honorables Senadores?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por decisión mayoritaria con quórum decisorio ha sido aprobada la proposición, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

¿Cuántos artículos tiene el proyecto de ley, señor Secretario?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siete (7) artículos.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Por solicitud de la ponente se omite su lectura. Continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, someto a consideración la aprobación de los siete (7) artículos del proyecto en bloque. Continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿la aprueban los honorables Senadores?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Tal como aparece publicado el proyecto del informe de ponencia en la *Gaceta* 673 de 2013, ha sido aprobado por mayoría decisoria con quórum decisorio, señor Presidente, presentes en el recinto, aclarando en el título se aprueba de la siguiente manera: “por la cual se crea el registro nacional de deudores de cuotas alimentarias y se dictan otras disposiciones para el cumplimiento de esta obligación”.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Se designan a los mismos. Someto a consideración el título, el articulado y una vez más la ponencia con que termina el informe. Continúa la discusión, anuncio que se va a cerrar, ¿la aprueban los honorables Senadores?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por unanimidad de los presentes con quórum decisorio, señor Presidente, ha sido aprobado el título, el articulado y la decisión de la Comisión que el proyecto pase a segundo debate.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Se designan los mismos ponentes y coordinadores ponentes del proyecto.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Presidente en estrado designó ponentes para segundo debate a los mismos honorables Senadores, Senadoras que actuaron para el primer debate, esto es coordinador ponente honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, ponentes: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez*, honorable Senadora *Claudia Wilches Sarmiento*, honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*, honorable Senador *Mauricio Ospina Gómez*.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Tiene la palabra doctor Édinson.

Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Es que le iba a solicitar que la Senadora Gloria Inés también fuera coordinadora ponente por favor, que ha trabajado con profundidad el tema igualmente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Le ofrezco el uso de la palabra a la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez.

Vicepresidenta, honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos:

Gracias, señor Presidente, gracias Senador Édinson Delgado, porque la verdad es que este trabajo ha sido muy colectivo, gracias a ustedes por la confianza que han dado en un tema que de verdad es tan importante para los colombianos y colombianas. Quiero simplemente resaltar que con este primer debate que hemos hecho en el día de hoy, hemos dotado a los colombianos y colombianas, pero sobre todo a las mujeres de este país, de un instrumento efectivo y eficaz para que se cumpla con esta cuota de inasistencia alimentaria y sobre todo para hacer un llamado a los padres de familia, a las madres de familia, para que sean responsables con sus hijos y con sus hijas, y que hoy el legislativo de Colombia a través de esta Ley de la República genera un instrumento que permita que efectivamente los niños y las niñas no paguen el pato de los problemas que tengamos los adultos en nuestras relaciones de pareja. Muchas gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Señor Secretario, ¿qué otro punto del orden del día está pendiente?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Lo que propongan los honorables Senadores y honorables Senadoras. No hay proposiciones radicadas, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Se hace claridad que continúa como coordinadora de este proyecto la doctora Gloria Inés Ramírez.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Y el Senador Édinson Delgado.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Y el honorable Senador Édinson Delgado. ¿Agotado el orden del día, señor Secretario?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Agotado el orden del día, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Se levanta la sesión y se cita para el próximo martes, diez de la mañana (10:00 a. m.) en el recinto de la Comisión Séptima.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez, perdón las once y cincuenta y seis de la mañana (11:56 a. m.), el señor Presidente declara formalmente terminada la sesión, habiéndose agotado en su totalidad el orden del día previamente aprobado y convocó para las diez de la mañana (10:00 a. m.) del próximo martes diecisiete (17) de septiembre del 2013.

La Secretaría General de la Comisión omite la transcripción textual de las excusas presentadas por quienes no asistieron a la sesión, señalada en el artículo 89 del Reglamento Interno del Congreso, porque dando cumplimiento a la Resolución número 54 del 03 de octubre de 2006 (*por medio de la cual se modifica parcialmente la Resolución número 27 de 2005 por la cual se reglamenta el procedimiento para la valoración de las excusas y los descuentos en la nómina de los honorables Senadores por inasistencia a sesiones del Senado de la República*), emanada de la Mesa Directiva del Senado de la República, conforme a lo preceptuado en el Parágrafo Único del artículo 90 (excusas aceptables) de la Ley 5ª de 1992 (Reglamento Interno Orgánico del Congreso) y en el artículo 271 (Inasistencia) del antes mencionado ordenamiento orgánico reglamentario, la Secretaría General de la Comisión, en cada oportunidad y por cada sesión, oportunamente remitió al despacho del señor Presidente de la Comisión de Acreditación, para lo de su respectiva competencia funcional, mediante relación, las excusas y/o justificaciones por la no asistencia a las sesiones convocadas y realizadas en la Comisión Séptima del Senado, presentadas oportunamente por las Honorables Senadoras y/o

por los Honorables Senadores que no asistieron a la sesión a la cual corresponde la presente Acta, habida consideración que el numeral 6° del artículo 296 (**causales de pérdida de investidura**), del Reglamento Interno del Congreso (Ley 5ª de 1992), no aplica en lo pertinente para efectos de Pérdida de Investidura, dado que en las sesiones ordinarias de la Comisión Séptima del Senado, no se discuten ni se votan en reuniones plenarios “**Proyectos de Actos Legislativos y de Ley o Moción de Censura**”.

El Presidente, Comisión Séptima de Senado,
Guillermo Antonio Santos Marín.

La Vicepresidenta, Comisión Séptima de Senado,
Gloria Inés Ramírez Ríos.

El Secretario General, Comisión Séptima de Senado,

Jesús María España Vergara.

La Secretaría General de la Comisión Séptima del Senado, dejó constancia que en sesión de la fecha (septiembre once (11) de 2013), según Acta número 09, fue presentada solicitud de retiro al Proyecto de ley número 06 de 2012 Senado, por parte del honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, mediante oficio de fecha junio diecinueve (19) de 2013, cuyo texto es el siguiente:

“En mi condición de autor del Proyecto de ley número 06 de 2012 Senado, *por medio de la cual se dictan algunas disposiciones en materia de salud*, manifiesto respetuosamente que retiro dicha iniciativa, en la medida en que los temas allí tratados están siendo abordados en el 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*. Lo anterior, de conformidad con el artículo 155 de la Ley 5ª de 1992. Atentamente *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*”.

La Secretaría, certificó que el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, es autor de la iniciativa 06, de la cual pide el retiro y, de conformidad con el Reglamento Interno del Congreso, habiendo sido aprobado el proyecto en primer debate, solo la Comisión en pleno puede aceptar o negar el retiro de la iniciativa, si así lo pide el autor de la misma.

Sometida a consideración la solicitud de retiro, presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* esta fue aprobada con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edison, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Ramírez Ríos Gloria Inés, Romero Hernández Rodrigo, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los seis (6) días del mes de noviembre del año dos mil trece (2013).- Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la **Ley 5ª de 1992** y lo dispuesto en el numeral 2°, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la **Ley 1431 de 2011**, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, del **Acta número 09 de fecha miércoles once (11) de septiembre de dos mil trece (2013)**, correspondiente a la **Novena Sesión** de la Legislatura 2013-2014.

Esta **Acta número 09**, se aprobó en sesión ordinaria del día miércoles seis (6) de noviembre de 2013, según Acta número 15, por ocho (8) votos a favor, ninguno en contra, sobre un total de doce (12) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Las Honorables Senadoras y Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edison, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Ramírez Ríos Gloria Inés, Romero Hernández Rodrigo, Sánchez Montes de Occa Astrid y Santos Marín Guillermo Antonio.*

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que los honorables Senadores, relacionados a continuación, no votaron el Acta número 09, por las siguientes razones:

- **Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth:**

Sí asistieron a la sesión de fecha noviembre seis (6) de 2013 (Acta número 15), en la cual se aprobó el Acta número 09, pero **No votaron**, dado que no asistieron a la sesión de la fecha (septiembre once (11) de 2013). Sí presentaron excusas y estas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

- **Zapata Correa Gabriel:**

No votó el Acta número 09 (de fecha septiembre once (11) de 2013), dado que no asistió a la sesión en la cual se aprobó (noviembre seis (6) de 2013-Acta número 15). Su excusa será enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

- **Rendón Roldán Liliana María:**

No votó el Acta número 09 (de fecha septiembre once (11) de 2013), dado que renunció a esta Célula Legislativa desde el día nueve (09) de octubre de 2013, aprobada en Plenaria de Senado en la misma fecha.

- **Yépez Alzate Arturo:**

No votó el Acta número 09 (de fecha septiembre once (11) de 2013), ya que en dicha fecha no era integrante de esta Célula Legislativa. Fue nombrado en reemplazo de la honorable Senadora Rendón Roldán Liliana María, mediante Resolución número 051 de octubre nueve (9) de 2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

COMISIÓN SÉPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
ACTA NÚMERO 10 DE 2013

(septiembre 18)

Legislatura 2013-2014

“Presentación y sustentación ante la Comisión Séptima del Senado del “Primer Informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS), del Instituto Nacional de Salud” (INS) sobre aspectos relacionados con la frecuencia de uso de servicios, mortalidad y discapacidad en Colombia 2011”.

Siendo las diez y cincuenta de la mañana (10:50 a.m.), del día miércoles dieciocho (18) de septiembre de dos mil trece (2013), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la Sesión el honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, en su calidad de Vicepresidenta y como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la Sesión programada para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Miércoles 18 de septiembre de 2013-

Acta número 10

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2013-2014

Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República

Fecha: Miércoles 18 de septiembre de 2013.

Hora: 10:00 a.m.

Lugar: Salón Boyacá- Edificio Capitolio Nacional- entrada Plaza de Bolívar.

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, Presidente y honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, Vicepresidenta), el Orden del Día propuesto para la Sesión Ordinaria del miércoles 18 de septiembre de 2013, será el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Presentación y sustentación ante la Comisión Séptima del Senado del “Primer Informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS), del Instituto Nacional de Salud (INS)” sobre aspectos relacionados con la frecuencia de uso de servicios, mortalidad y discapacidad en Colombia 2011

Participantes: Integrantes de la Comisión Séptima del Senado y del Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud (ONS).

Invitados: Señores Ministro y Viceministro de Salud, Superintendente Nacional de Salud, Señores Directores del Instituto Nacional de Cancerología y del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; Asociaciones de Pacientes y honorables Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara.

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores

Esta Sesión contó con la asistencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras.

Al inicio de la Sesión se hicieron presentes los siguientes honorables Senadores: Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Rendón Roldán Liliana María

Romero Hernández Rodrigo

Santos Marín Guillermo Antonio

Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth

Zapata Correa Gabriel.

En el transcurso de la Sesión se hicieron presentes los honorables Senadores:

Carlosama López Germán Bernardo

Correa Jiménez Antonio José

Delgado Ruiz Édinson

Ospina Gómez Mauricio Ernesto.

Con excusa dejaron de asistir las honorables Senadoras:

García Romero Teresita

Ramírez Ríos Gloria Inés

Sánchez Montes de Oca Astrid.

Estas excusas fueron enviadas a la Comisión de Acreditación Documental, oportunamente, para lo de su competencia.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la Sesión se inició con quórum deliberatorio. 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 Sesión ordinaria, Legislatura 2013-2014, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Quiero darles la bienvenida a todas y a todos, a esta Sesión del día de hoy en donde nos aprestamos a escuchar una serie de información que nos parece de gran importancia para todos los colombianos, para todos los congresistas, para la audiencia y quiero pedirle señor Secretario que nos lea el Orden del Día previsto para esta Sesión.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez y cincuenta de la mañana (10:50 a.m.) de hoy miércoles dieciocho (18) de septiembre del 2013, por instrucción del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, se procede por la Secretaría a dar lectura a la Sesión Ordinaria convocada para la fecha, con el siguiente Orden del Día propuesto, siendo exactamente las diez y cincuenta de la mañana (10:50 a.m.).

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Presentación y sustentación ante la Comisión Séptima del Senado del *Primer Informe del Observatorio Nacional de Salud, sobre aspectos relacionados con la frecuencia de uso de servicios, mortalidad y discapacidad en Colombia 2011. La Secretaría cursó invitación a todos los actores institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud*

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores

Leído el Orden del Día propuesto, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Mientras se constituye el quórum reglamentario, vamos a, si hay alguno de los honorables Senadores que tengan alguna intervención, doctora Wilches, que acaba de llegar de ese importantísimo viaje por Europa, qué bueno que fue en representación del Congreso de Colombia a esos importantísimos encuentros en esas lejanas tierras de Europa, de modo que bienvenida nuevamente al Congreso. La doctora Liliana Rendón, está pidiendo el uso de la palabra, para registrarse, perfecto. No sé honorable Senadora.

Honorable Senadora Claudia Janneth Wilches Sarmiento:

Muy buenos días Presidente, muy buenos días a todos los miembros de la Comisión Séptima y a los invitados que tenemos el día de hoy, en verdad, contarle a toda la Comisión, que durante la semana anterior tuve la oportunidad de estar en Suiza y en Alemania en dos eventos bien importantes, uno que tiene que ver con la forma del sistema educativo y la influencia que tiene en el desarrollo laboral de los jóvenes en Suiza, dado que Colombia tiene unas cifras bastantes complicadas de jóvenes que terminan su ciclo de estudio básico en el bachillerato y que tienen una gran dificultad, tanto en el campo laboral como en el campo educativo. Me reuní con la persona que corresponde como al Ministerio de Educación y quedamos con una agenda de trabajo que vamos a comenzar a desarrollar desde la próxima quincena, con el propósito de poder incentivar de alguna manera, la oportunidad laboral en nuestros jóvenes, especialmente los jóvenes de provincia, ya que ellos más o menos sobre los quince (15) años en Suiza terminan su ciclo básico, tienen la posibilidad de comenzar a trabajar en empresas, en oficios sencillos que les permiten formarse y capacitarse de una manera más efectiva a futuro. También estuvimos en Alemania, mirando algunas de las políticas públicas de protección de la familia, que tiene como objetivo pues, mejorar la calidad de vida, mejorar la calidad en salud. Estuvimos reunidos con algunas mujeres que tienen una visión acerca de la Licencia de Ma-

ternidad un poco diferente, y creo que todos esos aportes van a redundar en beneficio de los colombianos. También me alegra pues, la oportunidad de poder estar aquí para escuchar este primer informe de este Observatorio, frente a lo que ha sido el desarrollo de la Ley 1438, donde se establece esta periodicidad y pues la importancia de poder escuchar cuáles han sido los avances y los resultados en tema de salud, en un momento como este, en el que Colombia necesita buenas respuestas, buenas soluciones a un tema tan sensible como la salud de todos los colombianos. Bienvenidos entonces a los miembros de este Observatorio y estaremos atentos a la información y a los resultados que nos van a comentar. Gracias Presidente.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

A usted muchísimas gracias doctora Claudia Wilches y le solicito señor Secretario que por favor llame a lista.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Honorable Senador Ballesteros Bernier Jorge Eliécer	Presente
Honorable Senador Carlosama López Germán Bernardo	
Honorable Senador Correa Jiménez Antonio José	
Honorable Senador Delgado Ruiz Édinson	
Honorable Senadora García Romero Teresita	Registra Excusa
Honorable Senador Ospina Gómez Mauricio Ernesto	
Honorable Senadora Ramírez Ríos Gloria Inés	Registra Excusa
Honorable Senadora Rendón Roldán Liliana María	Presente
Honorable Senador Romero Hernández Rodrigo	Presente
Honorable Senador Sánchez Montes de Oca Astrid	
Honorable Senador Santos Marín Guillermo Antonio	Presente
Honorable Senadora Wilches Sarmiento Claudia Janneth	Presente
Honorable Senador Zapata Correa Gabriel	Presente

Seis (6) honorables Senadores y Senadoras, presentes en el recinto señor Presidente, hay quórum deliberatorio para esta Sesión ordinaria.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Reitero, si hay alguno de los Senadores que quiera hacer alguna intervención, antes de pasar al Informe del Observatorio de Salud que está convocado para el día de hoy, para hacer la rendición de este primer informe.

Secretario, el siguiente punto del Orden del Día.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Presentación y sustentación ante la Comisión Séptima del Senado de la República, del primer informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS), del Instituto Nacional de Salud. Título del Informe: Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de servicios, mortalidad y discapacidad en Colombia 2011, a cargo del doctor Fernando de la Hoz, Director del Instituto Nacional de Salud.

Presidente, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín:

Tiene el uso de la palabra el doctor de la Hoz, para rendirle su primer informe del Centro de Observatorio de Salud a los colombianos y a este Congreso de la República. Tiene el uso de la palabra doctor de la Hoz.

Doctor Fernando de la Hoz, Director del Instituto Nacional de Salud:

Buenos días, honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, honorables Senadores, asistentes en general a esta Sesión. Pues para el Instituto Nacional de Salud, es un honor digamos, poder presentar este primer informe del Observatorio Nacional de Salud. Vamos a presentar un resumen del documento, que pues está en este momento disponible en la página web del Instituto Nacional de Salud, en su forma completa, también fue enviado de una manera preliminar a las Secretarías de la Comisión Séptima tanto del honorable Senado de la República como de la Cámara de Representantes y posteriormente, más o menos en unos quince (15) días, vamos a tener ya una versión impresa que va a ser igualmente distribuida a todas aquellas personas que están interesadas en él y que tienen digamos interés en conocer los resultados, sobre todo aquellos que necesitan tomar decisiones. El contenido de la presentación pues tiene primero una introducción a lo que en este momento se está haciendo en el Observatorio Nacional de Salud, se va a presentar un resumen del análisis de consultas de atención médica, un análisis de la mortalidad, de las causas de mortalidad por departamento, un análisis de los años de la vida potencialmente perdidos también por diferentes tipos de causas, algunas estimaciones de ocurrencia y unas conclusiones. Como digo este es un resumen, un resumen de lo que contiene el informe que tiene alrededor de unas ciento treinta (130) o ciento cuarenta (140) páginas. Al final quisiéramos por supuesto, recibir la retroalimentación de todos ustedes, de los resultados de este primer informe, dado que el Observatorio está comprometido a presentar dos veces al año un Informe al Congreso de la República, pues también nos gustaría interactuar más de cerca con ustedes, con el fin de recibir sugerencias sobre análisis que serían de potencial interés para el Congreso en su tarea diaria de generar políticas para el país.

Entonces, en primer lugar pues, el Observatorio fue creado por la Ley 1348, como ya mencionó la honorable Senadora Wilches. La función del Observatorio Nacional de Salud en el Instituto es monitorear y analizar la información disponible en el país, para generar evidencias que permitan tomar decisiones y generar políticas públicas, por lo tanto esperamos que esta interacción, digamos, sea muy fructífera para el país. El modelo de análisis que vamos a presentar ahora, es, lo que pretendemos con este primer análisis es tener como una especie de línea de base con los indicadores epidemiológicos de más impacto que tiene el país, como son básicamente la mortalidad por diferentes tipos de causas y la ocurrencia, es decir, la frecuencia de algunos de los eventos que tienen también más impacto epidemiológico en el país.

La fuente principal de esta información que se ha utilizado para construir este modelo de carga de enfermedad, es la información contenida en el sistema integral de información de la protección

social del Ministerio de Salud, que está bajo la coordinación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio y que se constituye, digamos en la fuente principal de información que el país tiene en estos momentos, después de un esfuerzo muy importante que se ha realizado por parte del Ministerio, por tratar de poner allí toda la información digamos, generada por diferentes tipos de fuentes del país, entonces para alimentar este modelo de carga de enfermedad, cuyos resultados vamos a presentar hoy, pues hemos recurrido a esta información, que contiene básicamente información del sistema de vigilancia de casos y brotes que tiene información de los registros individuales de prestación de servicios, contiene también información de los estudios poblacionales que se han realizado en el país y a partir digamos del procesamiento de esta enfermedad, estamos entregando la frecuencia de la mortalidad por evento, es decir, por enfermedad o por tipo de lesión, por sexo, por edad, por zona de residencia, por departamento y en algunos casos por régimen de afiliación y también digamos, el modelo nos ha permitido construir la frecuencia con que se presentan muchos eventos en el país, de los cuales de algunos no se tenían, digamos reportes actualizados de la frecuencia de algunos eventos de alto impacto que estamos, o que vamos a mostrar aquí en esta presentación.

La idea digamos del Observatorio, es que a partir de lo que se observa digamos en la realidad, de los datos que se pueden coleccionar del estado de salud de la población y usando diferentes tipos de modelos de análisis, nosotros podamos, el Observatorio pueda crear conocimientos que a través de las tecnologías de información pueda ser almacenada y pueda ser recuperada por todos los usuarios que necesitan conocerla. La idea también es que este conocimiento se transfiera a todas aquellas instancias que necesitan conocerlas y que sea usado como decía antes en la generación de políticas y en la generación de intervenciones que contribuyan a mejorar la salud del país. Lo que los grupos de problemas de salud que vamos a presentar o que están contenidos en el informe, son estos que voy a presentar en las siguientes tablas.

En primer lugar en el grupo de enfermedades transmisibles, desórdenes maternos, neonatales y nutricionales, tenemos información en este informe, para todos los eventos que ustedes ven allí, algunos son eventos infecciosos de alto impacto, como dengue, enfermedad diarreica aguda, hepatitis, infecciones de vías respiratorias bajas, lepra y tuberculosis, VIH sida y malaria, pero también de bajo peso al nacer, desnutrición y desórdenes maternos que contribuyen de manera importante a la carga de enfermedad. En el área de enfermedades no transmisibles, el informe contiene información sobre la mortalidad y la ocurrencia de problemas como las anomalías congénitas, diferentes tipos de cáncer, depresión, diabetes mellitus y enfermedades cardio circulatorias, que también como verán ustedes más adelante, tienen un impacto importante en la salud nacional y también, el informe por

supuesto tiene incluido un análisis del impacto que tienen las lesiones de causa externa, accidentes de tránsito, lesiones autoinfringidas y de violencia interpersonal.

En primer lugar entonces, voy a presentar de manera muy resumida, en el informe ustedes van a ver un análisis mucho más intenso de este tema, del uso de servicios de salud por diferentes tipos de variables, ustedes ven que según la encuesta nacional de salud, de demografía y salud, la tasa de consulta en el país es de setecientos trece (713) por cada mil (1.000) personas, que consultan al menos una vez al año. Esto digamos así, de manera general uno podría decir que el setenta por ciento (70%) de la población, más o menos en teoría, digamos tendría, accedería al menos una vez al año a algún tipo de servicio de salud. La frecuencia de uso es más alta en mujeres que en hombres y también es más alta en las zonas urbanas que en las zonas rurales. Uno, digamos, este primer informe, que es sobre todo es un informe descriptivo como decía para trazar esta línea de base, pues no entra a profundizar en cuáles pueden ser las causas de estas diferencias, pero en el tema de las diferencias por sexos, sí es bien sabido que las mujeres tienden a consultar más en todas partes y en tema de si hay más acceso, digamos si hay más barreras de acceso a la atención en la zona urbana que en la rural, pues no podríamos realmente entrar a discutir esto, pero en promedio sí vemos un menor uso de servicios en las zonas rurales.

De manera interesante, dado que los registros individuales de prestación de servicios, son una fuente muy importante de información para todos aquellos que quieran analizar la situación de salud del país, es bueno tener en cuenta que este análisis del Observatorio, ha encontrado que comparado con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que es digamos la fuente principal para esta parte del uso de servicios, los registros individuales de prestación de servicios, podrían tener un subregistro hasta del cincuenta por ciento (50%), en el nivel nacional, siendo más importante el subregistro en el nivel rural, que en el nivel urbano. De manera que es bueno que en futuros usos de este sistema de información, se tengan en cuenta estos hallazgos, para efecto de ajustar algunas de las cosas que se pueden obtener de allí. En cuanto a la mortalidad para el 2010, tenemos que la tasa de mortalidad general del país fue de cuatrocientos cuarenta punto seis (440.6) por cien mil (100.000) habitantes, siendo también mucho más alta en hombres que en mujeres, por lo menos los hombres tienen casi un treinta por ciento (30%) más de mortalidad que las mujeres, en parte digamos, esto es esperado, la tasa de mortalidad en casi todo el mundo es mayor, en todo el mundo es mayor en hombres que en mujeres, pero nosotros tenemos, como vamos a ver más adelante, el grave problema de las lesiones personales que contribuyen digamos a ahondar esta diferencia en el perfil de mortalidad por sexo.

Y esta es la tendencia de mortalidad general, entonces ustedes pueden ver que la tendencia es

a una disminución, ¿sí?, la tasa de mortalidad general está disminuyendo, lo cual está produciendo cambios demográficos importantes en el país, es decir, cada vez más vamos a tener, probablemente para los próximos veinte (20) o treinta (30) años, lo que podemos esperar, es un aumento de la población mayor de treinta y cinco (35), de cuarenta (40) años, lo cual pues se va a reflejar de manera muy importante en el perfil epidemiológico y de mortalidad, aumentando las tendencias que ya en este momento se ven y que vamos a mostrar más adelante.

Yo quería mostrar la gráfica, comentar un poco la gráfica de la tendencia de la mortalidad en menores de cinco (5) años, porque creo que merece un análisis un poco detallado. Si ustedes ven en los dos (2) últimos años, del 2008 al 2010 y creo que se ha profundizado para el 2011, ustedes ven un descenso mucho más acelerado de la mortalidad de menores de cinco (5) años, que se ha producido en el país, comparado con la pendiente que uno veía para los años anteriores, especialmente entre 2002 y 2008. Esto, uno podría decir que en gran parte que puede ser atribuido a las medidas de intervención que se han introducido en los últimos años, unas por parte del Ministerio de Salud, como son la vacunación contra la diarrea, contra el rotavirus que tiene un impacto importante en la mortalidad por diarrea, en niños menores de dos (2) años; otro, la introducción de la vacunación contra el neumococo, que también es un agente importante de mortalidad por neumonías y probablemente también, algunos de los programas sociales que se han implementado desde diferentes áreas del Gobierno, pensamos que especialmente de los programas sociales que atienden digamos, a las poblaciones más desfavorecidas.

Sin embargo, en análisis posteriores, que se harán con esta información, va a ser posible desagregar un poco, digamos esta disminución, a que puede ser debida. Sin embargo, también como para la discusión que se dé posteriormente, queremos hacer notar que, aunque esta disminución es importante y es un éxito, digamos de las políticas, probablemente que se han adoptado en los últimos años, en general, la disminución de la mortalidad en menores de cinco (5) años en el país, está por debajo de la que han logrado países incluso vecinos, como Perú, países con una economía parecida como Argentina, Venezuela, que han logrado reducciones, digamos más importantes en los últimos cinco (5) años. Esta es la mortalidad por área rural, por área urbana y por régimen contributivo y régimen subsidiado.

Aquí no aparece, bueno, sí aparece aquí debajo la mortalidad en la población no afiliada. Entonces ustedes pueden ver cómo la mortalidad, la tasa de mortalidad en las áreas rurales, tiende a ser menor que la tasa de mortalidad en las áreas urbanas, siendo sobre todo, muy diferente en las mujeres, es casi el doble en las áreas urbanas, comparadas con las áreas rurales. Esto llama la atención, dado, teniendo en cuenta que los indicadores sociales, eco-

nómicos de las áreas rurales en general, muestran una gran desventaja con respecto de las áreas urbanas. Más adelante, digamos en análisis posteriores que realice el Observatorio, vamos a poder ver, si de pronto esta diferencia es efecto de problemas en los registros. Podría ser digamos también que para áreas rurales, los registros demográficos de mortalidad, etc., tengan una mayor cantidad de subregistros que para las áreas urbanas, lo que podría ser una causa de estas diferencias, importante. Y también vemos que, en el régimen contributivo la mortalidad es bastante menor, que en el régimen subsidiado y en la población no afiliada. Definitivamente, la población afiliada tiene casi un veinte (20), veinticinco por ciento (25%), de mortalidad, de tasa de mortalidad mucho más alta, más alta que para el régimen contributivo. De nuevo, esta es una presentación muy descriptiva, posiblemente, nuevamente insisto en nuevos informes, posteriores, se va a poder digamos, vamos a poder acercarnos a cuáles podrían ser las causas de estas diferencias en estas importantes, estas diferencias importantes en la tasa de mortalidad.

Luego tenemos la tasa de mortalidad por departamentos, donde se puede observar, cómo los departamentos más desarrollados del país, sí, los departamentos con mayor desarrollo industrial, económico, etc., son en promedio son los que tienen la mayor, la mayor tasa de mortalidad, Quindío, Caldas, Risaralda, Valle del Cauca, Antioquia, bueno Bogotá tiene una tasa media, son los sitios donde se concentra la tasa de mortalidad cruda por cien mil (100.000) habitantes mayor, en cambio en general las zonas menos desarrolladas como Guaviare, Putumayo, Guainía, Vichada, Amazonas, Chocó, La Guajira, tienen una tasa de mortalidad mucho menor. Esto también, digamos una de las potenciales explicaciones, puede ser en parte, debido a calidad de los registros y en parte debido también al impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles, como vamos a ver más adelante, bueno, en el informe está de manera muy detallada, como digamos entre los municipios y los departamentos del área cafetera sí, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por diferentes tipos de cánceres, es mucho más alta, mucho más alta que la tasa de mortalidad por estas mismas enfermedades en otras zonas del país, como algunos departamentos de la costa Atlántica y algunos departamentos selváticos.

Ya mirando, digamos este comportamiento de la mortalidad en promedio para un periodo del 98 a 2010, un período de tres (3) años, pues vemos que esta tendencia se mantiene. En los lugares de mortalidad más baja, están los departamentos como decía, con menos desarrollo industrial y digamos con indicadores económicos y sociales menos favorables, mientras que en las tasas más elevadas vemos a los departamentos más desarrollados. Aquí es necesario, digamos aclarar que en informes posteriores vamos a hacer análisis un poco más detallado sobre esto, para poder tener una explicación mejor de porqué digamos se dan estas diferencias, porque al mismo tiempo que en

los departamentos más desarrollados, las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles es mucho mayor, en cambio en los departamentos menos desarrollados, la tasa de mortalidad infantil, también es mucho mayor. Sin embargo, dados los cambios que se han presentado en la disminución de la tasa de mortalidad y en la disminución de la tasa de natalidad, probablemente estamos viendo este fenómeno, sí, este puede ser un fenómeno transitorio debido a esas disminuciones de las tasas de natalidad.

En cuanto a las causas principales de la mortalidad en Colombia, podemos ver cómo la primera causa es la enfermedad coronaria y dentro de ese grupo de enfermedades cardiocirculatorias, podemos ver cómo la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebro vascular, la hipertensión arterial, sí, son digamos están dentro de las diez (10) primeras causas de mortalidad en el país. Es decir, el problema de las enfermedades cardiocirculatorias, es apremiante, de la prevención y la promoción de las enfermedades cardiocirculatorias, es apremiante y lo que podemos esperar con base en lo que presenté al inicio de los cambios, del aumento de la disminución de la mortalidad cruda en el país, es que esta proporción de mortalidad, producida por la enfermedad coronaria y otras enfermedades cardiocirculatorias va a ser, digamos mucho mayor.

Sin embargo, también es de notar la importancia que tienen, digamos problemas asociados a la salud mental, por ejemplo la violencia interpersonal que es una consecuencia, yo creo, directa y grave del tema, de los problemas de salud mental, son la segunda causa de mortalidad en el país y lo mismo, ustedes pueden ver hacia el final las lesiones auto- infringidas, es decir, los problemas de suicidio y nuevamente una manifestación grave del tema de salud mental. Vemos también cómo hay una diferencia en estas causas de muerte, entre hombres y mujeres. Cuando ya miramos cómo se comporta para hombres y mujeres, vemos cómo de manera importante, en los hombres la violencia interpersonal ocupa el primer lugar en la mortalidad, sí es el problema que más mortalidad ocasiona, seguido por la enfermedad coronaria. En las mujeres la violencia interpersonal, de todas maneras es importante, aparece dentro de las primeras diez (10) causas de mortalidad, sí es muy importante, pero en los hombres es de lejos diez (10) o doce (12) veces mayor, comparado con las mujeres. Las tres (3) primeras causas, en general las tres (3) primeras causas que no son violencia en hombres y mujeres son muy similares. Y vemos también, diferencias importantes cuando se comparan la zona rural y la zona urbana, entonces vemos cómo la enfermedad coronaria, la violencia interpersonal, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son las cuatro (4) primeras causas, tanto en la zona rural y la zona urbana. Yo creo que desde el punto de vista de políticas de prevención de la violencia y de políticas de prevención del tema de salud mental y de promoción de una adecuada salud mental,

es bueno tener en cuenta el hecho de que tanto en la zona rural como en la zona urbana, la violencia interpersonal es la segunda causa de muerte.

Esto a nosotros nos llama la atención, en el sentido de las causas, sí, aunque este informe, digamos, no llega en este momento a discutir a profundidad, posibles causas de estos comportamientos, sí llama la atención el hecho de que en zonas completamente diferentes, las lesiones digamos, sean la segunda causa de muerte. Eso a nuestro juicio, digamos, llama la atención sobre las causas que se han hipotetizado siempre, como por ejemplo el conflicto armado, la presencia de bandas criminales, etc., quizás no son, probablemente, realmente un determinante importante en el tema de violencia interpersonal, o no son el tema más importante porque uno esperaría, si así fuera, diferencias más grandes entre zona rural y zona urbana.

También es importante mostrar la desigualdad que existe en términos de regímenes de afiliación al sistema y causas de enfermedad, entonces ustedes ven que tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, pues las causas de mortalidad, las tres (3) primeras causas de mortalidad son las mismas, pero podemos ver cómo en el régimen subsidiado, la tasa de mortalidad por las mismas enfermedades, es en general mucho más alta que en el régimen contributivo, exceptuando la diabetes mellitus y el cáncer de pulmón. De manera importante es que hay que resaltar es que la mortalidad por lesiones de causa externa, es decir, por violencia personal, es casi el doble en el régimen subsidiado que en el régimen contributivo. Nuevamente entonces, uno llama la atención sobre, cuáles pueden ser las causas digamos, de estas diferencias importantes que se ven en términos de regímenes. Una primera explicación obvia, podría ser el pensar digamos que, las personas afiliadas al régimen subsidiado, tienen digamos de pronto, menores oportunidades de acceder a una atención adecuada para estos tipos de problemas, que las personas del régimen contributivo, pero nuevamente, en el caso de este informe, eso sería una de las hipótesis que habría más adelante que entrar a comprobar. También digamos podría tratarse de una diferencia en términos de que hay población más desfavorecida, más económica y socialmente deprimida obviamente en el régimen contributivo, que en el régimen subsidiado y que eso también de alguna manera contribuye a estas tasas más altas que pueden, que se están observando claramente de manera diferencial entre los dos regímenes.

En esta gráfica queremos resumir el comportamiento de las grandes, las grandes causas de mortalidad, para diferentes grupos de edad en la población, entonces ustedes ven en azul, en azul más oscuro, las lesiones, las lesiones de causa externa, en azul más claro, las enfermedades no transmisibles y en gris los otros, y en una especie de verde allí muy pequeño las enfermedades transmisibles y los desórdenes maternos. Entonces, podemos observar cómo claramente por diferentes grupos de edad, tenemos diferentes grupos de causas que

operan para explicar la mayor parte de la mortalidad, entonces, en los menores de diez (10) años, que es la primera barra que vemos allí, hay un porcentaje muy importante, hay un porcentaje muy importante de la mortalidad atribuible todavía a enfermedades transmisibles, a desórdenes maternos, neonatales y nutricionales. Algunos de estos problemas transmisibles que todavía causan un impacto importante en la mortalidad de este grupo de edad, son prevenibles, son completamente prevenibles, a través de digamos de políticas de intervención por ejemplo, todavía la neumonía es una causa muy importante de muerte en este grupo de edad, la desnutrición y algo que creo que todavía el país no ha estudiado bien y son las anomalías congénitas al nacimiento, es un tema digamos allí un poco olvidado, un poco relegado que necesita digamos, un poco más de impulso para su investigación y para su control.

Vemos cómo la mortalidad por lesiones se concentra, sobre todo en los grupos de edad que van entre los diez (10) y los cuarenta (40) años. Allí ustedes pueden ver que el sesenta (60) o el setenta por ciento (70%) de todas las vidas que se pierden en este grupo joven, son debidos a los problemas de violencia interpersonal, lo cual pues también creo que amerita discusión, sobre todo en términos de qué intervenciones y qué alternativas se van a dar, digamos para este problema. Y ya después de los cuarenta (40) después de los cuarenta (40) años, pues sí obviamente el mayor, el mayor peso está dado por todas las enfermedades crónicas no transmisibles, donde podemos destacar nuevamente el papel que cumplen las enfermedades cardiocirculatorias y algunos tipos de cánceres que también son muy importantes.

Aquí entonces, queremos resaltar algunas causas de mortalidad por algunos departamentos. Ustedes ven por ejemplo que la enfermedad coronaria, sí, está entre las diez (10) primeras causas en treinta y tres (33) departamentos, prácticamente en todos los departamentos del país, la enfermedad coronaria, es una de las diez (10) primeras causas de mortalidad. Pero en veinticinco (25) departamentos, es la primera causa, es decir, hay todos los argumentos epidemiológicos y de salud pública para priorizar este problema en casi todas partes, como uno de los problemas más importantes de salud pública que hay que tratar. Si nosotros pensamos que lo que se ha estimado en estos análisis del Observatorio, es que la letalidad de un episodio de enfermedad coronaria, está alrededor del quince por ciento (15%), podemos imaginarnos la cantidad de personas que hay viviendo en todos estos departamentos, con un problema coronario, que les limita la calidad de vida, que causa erogaciones importantes al Sistema General de Seguridad Social, sí, porque digamos aquí solo estamos mostrando en este primer estudio, la mortalidad, posteriormente en análisis vamos a tratar de aproximarnos a la población que vive, digamos con una limitación por este tipo de problema. La violencia interpersonal está entre las diez (10) primeras causas en treinta y un (31) departamentos, es

decir, también es un problema muy importante en casi todo el país y en seis (6) departamentos es la primera causa y en catorce (14) departamentos es la segunda causa de mortalidad, es decir, también el problema de las lesiones de causa externa de la violencia interpersonal está muy diseminado desafortunadamente en muchas zonas del país.

Y lo mismo ya podemos ver aquí para otros problemas de salud, la enfermedad cerebro-vascular, que finalmente tiene más o menos los mismos factores de riesgo, los mismos determinantes que la enfermedad coronaria, también está dentro de las primeras cuatro (4) causas en los treinta y tres (33) departamentos que fueron analizados y pues ya de allí en adelante, ustedes ven que en estas diez (10) causas que estamos listando aquí, están entre las diez (10) primeras causas, en por lo menos veinte (20) de los treinta y tres (33) departamentos. Es decir, estas diez (10) causas de muerte deberían ser priorizadas en cualquier plan, digamos que se haga de intervención en problemas de salud pública, de hecho están priorizadas en el plan decenal de salud pública, que el Ministerio acaba de sacar hace unas pocas semanas.

Y quería resaltar algunas diferencias que se dan en términos de departamento, por ejemplo en Vaupés en cambio, ustedes ven que el Vaupés es un departamento digamos que se comporta epidemiológicamente un poco diferente, la primera causa de mortalidad en Vaupés sigue siendo la enfermedad diarreica aguda, es decir, si uno mira y piensa digamos en qué planes de intervención o de choque, pues tiene que pensar también que a pesar de que las tres (3) o cuatro (4) primeras causas son muy homogéneas a través de todo el país, hay algunos departamentos que tienen un perfil epidemiológico especial y a la hora por ejemplo de pensar en un nuevo sistema de salud, sí, a la hora de pensar en un nuevo sistema de salud es bueno considerar que estas diferencias regionales, estas diferencias departamentales deberían ser tenidas en cuenta porque digamos probablemente Vaupés no necesita un hospital o no necesita mucho una atención de tercer nivel para enfermedades cardiocirculatorias, pero probablemente sí necesita un sistema muy fuerte de atención primaria, que pueda digamos atender a las comunidades en sus localidades.

Vaupés es un departamento donde a todas partes hay que ir en lancha, cuatro (4), cinco (5), seis (6) horas o más, sí, donde se necesita digamos un fortalecimiento de la capacidad comunitaria local, para atender estos problemas, básicamente la enfermedad diarreica aguda, la desnutrición, sí, son problemas muy importantes allí que a través de este tipo de atención podrían ser solventadas de manera, y así como Vaupés hay otros donde también uno puede ver cosas. Aquí también quería, quería señalar cómo por ejemplo en seis (6) departamentos cuya primera causa de muerte es la violencia, son departamentos que probablemente tienen diferencias en el origen de esa violencia, ustedes ven por ejemplo aquí juntos, departamentos como Arauca, Valle del Cauca, Guaviare, Putuma-

yo, Cauca y La Guajira, que tienen seguramente orígenes en ese tema de la violencia, muy diferentes entre sí, pues yo no me atrevo a hipotetizar, pero seguramente en Arauca, en Cauca y en Putumayo, el peso del conflicto armado es mucho más fuerte que en Valle del Cauca, Guaviare y La Guajira por ejemplo, pensaría uno, y entonces también digamos a la hora de pensar en intervenciones, también habría que pensar en que las intervenciones tienen que ser diferenciadas por regiones, sí, pensando en que las causas, aunque tengan el mismo problema, en este análisis, las causas probablemente de esos problemas son diferentes.

En los únicos departamentos donde la violencia interpersonal no estaba dentro de las diez (10) primeras causas eran Vaupés y Guainía y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tampoco aparece en las diez (10) primeras causas de Vichada, de Vichada ni diabetes mellitus aparece, digamos en Vaupés. Esta parte me parece importante, porque sobre todo la desnutrición y la enfermedad diarreica aguda, que son las que voy a mostrar aquí, son enfermedades de la pobreza, es decir, son enfermedades de muy claramente marcada, asociada a poblaciones que están en unas condiciones de desventaja y refuerza lo que ya había manifestado antes, en estos departamentos que están aquí, Vaupés, Vichada, Guainía, Amazonas y La Guajira, probablemente digamos, el sistema que hay que diseñar de atención en salud allí, debe ser un poco diferente o debe tener en cuenta, las particularidades en el perfil de mortalidad y de epidemiológico que tienen estos departamentos, refiriéndome a lo que había comentado antes con respecto al Vaupés. La enfermedad diarreica aguda es la sexta causa de muerte en Vichada y es la séptima en La Guajira, es decir, esto es completamente diferente, bastante diferente a lo que pasa en muchas otras regiones.

El virus de la inmunodeficiencia humana también es una causa importante en Guaviare, Amazonas, Atlántico, Bolívar y Córdoba. Si pensamos que el virus de inmunodeficiencia humana en este momento es una, podríamos decir que es una enfermedad que se puede prevenir en una gran proporción, pero que además se puede tratar también y la vida de los pacientes se puede prolongar por un tiempo muy largo, es bueno pensar en la necesidad probablemente de en estos departamentos, que además son algunos de ellos son bastantes periféricos y con un sistema de salud particular bastante débil. La manera digamos de fortalecer de alguna forma, la atención de estos problemas.

Luego pasamos al análisis, digamos el impacto de la mortalidad mirado de otra forma. Y querríamos mostrárselo mirando en la forma de años de vida potencialmente perdidos, porque este indicador de años de vida potencialmente perdido es un indicador de brecha, es decir, nos está diciendo en términos del impacto de la mortalidad, un poco sobre la productividad, ¿sí?, porque los años de vida potencialmente perdidos nos permite aproximarnos a cuál es el impacto que tiene la mortalidad prematura, es decir, gente que no debería morir

por la edad que tiene, pero que sin embargo muere debido a diferentes causas. Entonces ustedes ven cómo, si ya uno tiene en cuenta esa brecha, si ya uno tiene en cuenta esa brecha, de la mortalidad prematura, podemos ver cómo la violencia interpersonal es el primer contribuyente a esa mortalidad prematura. De lejos, de lejos la violencia interpersonal es en el país la que contribuye, contribuye al dieciocho por ciento (18%) casi, de los años de vida que se pierden por diferentes tipos de enfermedades y luego va seguido de la enfermedad coronaria y de los accidentes de tránsito. Entonces accidentes de tránsito, violencia interpersonal, anomalías congénitas y VIH sida, que no aparecen dentro de las primeras causas cuando uno mira el número de personas que mueren, sí son muy importantes por el impacto que tienen en la mortalidad prematura, es decir, gente nuevamente repito, gente joven que no debería, digamos morir por la edad y que sin embargo, está dejando de contribuir al desarrollo del país, porque a causa de estos problemas que he mencionado deja, abandona prematuramente, pierde prematuramente la vida.

Es de resaltar entonces, que el treinta y dos por cientos (32%) de todos estos años de vida potencialmente perdidos, se producen a consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, pero el veinticinco por ciento (25%), son ocasionados por las lesiones de violencia, si ustedes ven pues, Colombia es uno de los pocos países del mundo que tiene un problema tan agudo de este problema, lo quería también resaltar, que de todas maneras, sí existen, digamos políticas que ayudan a prevenir, que ayudan a prevenir y que ayudan a disminuir el impacto de este problema. En la región, creo que Colombia, Colombia, El Salvador y no recuerdo si Honduras, son los que tienen las tasas más altas y los problemas más agudos por este tema. Y un nueve por ciento (9%) de estos años de vida potencialmente perdidos, son debidos a enfermedades transmisibles, aunque aparentemente, digamos el peso que tienen las enfermedades transmisibles y los desórdenes maternos, es mucho más bajo que el de las enfermedades crónicas, hay que tener en cuenta que, muchos de estos problemas son muy prevenibles, son prevenibles a través de acciones, digamos de políticas de salud, de fortalecimiento de los servicios de salud. Por lo tanto, digamos ocupan, deberían ocupar un lugar de importancia dentro de la agenda de desarrollo de intervenciones en salud.

Bueno, ya casi para terminar pues quería mostrarles rápidamente el tema de la ocurrencia, se hizo un esfuerzo por construir un modelo que integrara la información de atención en salud, de prevalencia de enfermedades y de letalidad, con el fin de aproximarnos a la ocurrencia de diversos tipos de enfermedades, entonces ustedes pueden ver cómo la enfermedad más frecuente, sí, la enfermedad más frecuente transmisible, la que más pacientes ocasiona en un (1) año, es la enfermedad diarreica aguda. La incidencia es de tres mil setecientos ochenta y siete (3.787) personas con enfermedad diarreica aguda por cada cien mil (100.000), sí, se-

guido por las infecciones de vías respiratorias bajas, dos mil doscientos treinta y uno (2.231), y los desórdenes, los desórdenes maternos, luego vienen pues otras enfermedades transmisibles, pero fíjense que a pesar de que, cuando uno mira la mortalidad de estos problemas, no aparecen dentro de las primeras causas de la mortalidad en la mayoría del país, sí ocasionan un gasto de servicios de salud y un uso de servicios de salud muy importante. Dentro de las enfermedades no transmisibles, la más frecuente son los trastornos de la cavidad oral, que también ocasiona un uso importante de servicios de salud y la hipertensión arterial, de hecho las consultas por problemas odontológicos y las consultas por hipertensión arterial también aparecen dentro de los rips, como dentro de las primeras cinco (5) causas de consulta. Y pues a partir de allí, tenemos la ocurrencia de otros problemas importantes como algunos cánceres, especialmente el cáncer de seno, otros problemas como la diabetes. Ustedes ven cómo la depresión, la esquizofrenia, que son otras manifestaciones de una salud mental deficiente, pues también tienen una ocurrencia importante en el país.

Como mencionaba anteriormente, la incidencia que tenemos por problemas de violencia interpersonal es supremamente alto, ya aquí no es solamente la mortalidad, sino el número de eventos, entonces, tenemos que en Colombia ocurren trescientos setenta y dos (372) eventos de violencia por cada cien mil (100.000) personas, eso digamos es una tasa de ocurrencia muy alta que debe estar ocasionando un peso muy fuerte en los servicios de salud, finalmente, las víctimas de la violencia que no se mueren, usan hospitales, usan emergencia, usan recursos del sistema de salud y probablemente el peso que tiene esto dentro de lo que gastan los hospitales, los servicios de salud locales es supremamente alto y es otra de las áreas de trabajo donde posteriormente digamos, el Observatorio también estará incursionando. Ustedes ven también el peso que tienen los accidentes de tránsito, también con una tasa de letalidad importante del trece por ciento (13%) sí, y nuevamente, seguramente con un peso muy importante en el uso de servicios de salud y en el gasto de salud en que tienen que ocurrir, en que tiene que ocurrir el sistema para atender a las personas que sufren este tipo de problemas.

Entonces, en conclusión, este primer informe pues confirma de alguna manera, datos que ya venían de otros informes que se han presentado por parte de diferentes entidades, incluyendo el Ministerio de Salud en el cual se muestra como la gran relevancia que tienen las enfermedades no transmisibles y las lesiones en la mortalidad. Y, aunque en este momento no se ha hecho este análisis, que probablemente vendrá incluido para el siguiente informe, sí tienen seguramente un impacto todavía más importante en la morbilidad y en la atención en los servicios de salud. De manera importante también, quería señalar el tema de las desigualdades. Existen desigualdades digamos por estos problemas, entre los dos sexos, por zona de

residencia, por régimen de afiliación, por departamentos, hay desigualdades importantes en las enfermedades que son más frecuentes en las causas de muerte, sí, y en el tema de cómo podría o no influir el sistema de salud en algunas de estas causas de muerte. Hay una gran pérdida de años potenciales de vida por lesiones que son más agudas en seis (6) departamentos, que no comparten muchas, probablemente factores de riesgo en común, hay unas enfermedades transmisibles que tienen un gran impacto, como la diarrea, la enfermedad, las infecciones respiratorias, pero también el VIH sida y la tuberculosis, tiene todavía un impacto importante tanto en la mortalidad como en la morbilidad. En el tema de recomendaciones, pues en el documento digamos, somos un poco más, digamos, hay una serie de recomendaciones que creemos que son prioritarias.

Aquí yo quisiera hacer énfasis en el tema de la información, es decir, todavía a pesar de que el país ahora cuenta con mucha más información disponible de lo que había hace unos cuatro (4) o cinco (5) años, a través de este sistema de información del Sispro, es necesario digamos seguir garantizando a todas las agencias que generan información en el país, digamos, acceso a suficientes recursos, para que puedan refinar la información. Nosotros creemos que todavía en los datos de mortalidad, hay mucha oportunidad para mejorar el subregistro, para mejorar la calidad del dato, especialmente entre departamentos. Y por supuesto en términos de la vigilancia que se hace de diferentes enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles, hay oportunidades para hacerlo, lo mismo que en la operación de los registros individuales de prestación de servicios.

En este momento el Observatorio sigue trabajando en la estimación de años de vida ajustados por discapacidad, como es la recomendación internacional, que este tipo de análisis también se expresen en este indicador, en la estimación de carga por factores de riesgo, en el impacto económico y de uso de servicios que tienen estos problemas que hemos presentado aquí. En el tema de los determinantes sociales en salud de las enfermedades más relevantes, en un análisis más profundo de las inequidades y de las desigualdades que salen de este primer informe o línea de base, también se plantea fortalecer el tema de la evaluación del impacto de las políticas públicas, tanto del impacto, como del proceso, digamos de implementación y en la conformación de redes de conocimiento con diferentes actores, no solamente con la academia, sino por supuesto por ejemplo con el actor principal, que el interlocutor principal que tiene el Observatorio, que es el Congreso de la República, a través de mejorar las estrategias de comunicación.

Ya para terminar, pues solo quería mencionar que aunque el Observatorio fue creado por ley en el 2011, realmente el Instituto Nacional de Salud terminó su proceso de rediseño, en diciembre de 2012 y es en este año cuando realmente a partir de febrero, más o menos es cuando se ha empezado

ya a organizar el Observatorio. Todavía estamos por llenar varias, varios cargos allí de investigadores, de analistas de este tipo de temas. Por lo tanto, digamos, este primer informe es sobre todo un informe descriptivo de la situación de salud del país. Muchas gracias y pues preguntas.

Presidente (e), honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor de la Hoz por su importante información, tiene la palabra el Senador Delgado.

Honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias Presidente, muy importante poder conocer los avances, las recomendaciones, el informe sobre todo que ha presentado aquí el Observatorio a través del doctor de la Hoz, sería supremamente fundamental que en las próximas oportunidades, se hiciera como un análisis un poco histórico, proyección, igualmente cómo han evolucionado todos estos índices a nivel del país, en los índices de mortalidad, de morbilidad, de tal forma que pudiéramos nosotros sacar unas conclusiones. Y el país está avanzando en materia de salud pública, porque definitivamente eso es supremamente importante, sobre todo como usted mencionaba, para las políticas que se deben de adoptar. Entonces, es a mi juicio, importante hacer todo este análisis en todos los tópicos que usted ha colocado allí. Por otro lado es cierto, el tema de los determinantes de la salud fue supremamente fundamental, retomarlos a nivel del país, sobre todo para tomar algunas decisiones en cuanto a esas políticas, todo lo que tiene que ver con saneamiento, todo lo que tiene que ver con vivienda y más aun cuando estamos en esta discusión de la ley ordinaria, uno de los temas centrales está en la, por un lado en la financiación de la salud en Colombia, pues comparado pues con la capacidad real de la economía.

Eso es parte de la discusión que vamos a arrancar a partir de hoy y que a mi juicio ese tema se tiene que abordar con mucha propiedad en este país. Es si realmente, los recursos que hoy se arbitran para la salud en Colombia son suficientes para darles una muy buena salud a los colombianos. Parte de la discusión. Es cierto, ha habido algunos avances que uno no puede negar y sobre todo en este tema de la esperanza de vida, Colombia pues está alrededor en un promedio de setenta y cinco (75) años, setenta y seis (76), más o menos, en las cuales lógicamente las mujeres están en una esperanza de vida superior a los hombres. Y pues el caso de Latinoamérica comparada con otros países, como Guyana que está en sesenta y cinco (65) años, uno dice bueno, hemos avanzado. Pero de todas formas, la idea es poder llegar algún día en Colombia a una esperanza de vida de los ochenta (80) años, como setenta y nueve (79), ochenta (80) años, como hoy sucede en la mayor parte de los países de Europa. Pero de todas formas, muy importante esto, yo creo que es una muy buena herramienta y en la 1438 precisamente se había, se colocó allí, la trascendencia de tener un Observatorio para que nos permitiera hacer análisis mucho más profundo

de la realidad de la salud de los colombianos. Quería recabar de la trascendencia de hacer este análisis un poco comparado de la verdadera evolución en todos los aspectos que tienen que ver con la salud de los colombianos y trabajar un poco también, en todos los temas de los determinantes de la salud también como estamos avanzando. Muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Gracias Senador, yo quisiera también hacer algunos comentarios doctor de la Hoz, frente a la importante información que usted nos ha presentado hoy, señalando al inicio, que realmente nos sentimos muy satisfechos, como lo decía la Senadora Claudia, porque de alguna manera fuimos quienes aprobamos este artículo 9º, si mal no recuerdo de la Ley 1438, que permitió la creación del Instituto Nacional de Salud y que hoy estamos viendo sus resultados, con estas estadísticas, estas cifras tan importantes sobre todo para la salud pública del país. Y la importancia tiene muchas aristas, digámoslo así, la primera porque creo que le va a permitir al Gobierno, tener una herramienta para poder regular el sector de la seguridad social en salud. Realmente de las grandes debilidades que históricamente ha tenido el sector, ha sido la falta de una buena información y, por supuesto, la administración de esa información. Creo que con estas cifras, muy juiciosas, muy bien estudiadas, muy bien analizadas, realmente en adelante el Gobierno va a contar con esta herramienta. De otra parte, doctor de la Hoz, me preocupa que en la reforma que hoy casualmente comenzamos a discutir en Plenaria del Senado, no aparezca una sola mención al Observatorio Nacional de Salud, dada la importancia que tiene el Observatorio, que aquí se ha visto, por todo el trabajo que se ha hecho. Nos gustaría, si usted lo considera conveniente, que ojalá algunas inquietudes que pudiera tener el Observatorio como tal, que pudieran ser llevadas también al contenido de la reforma, pues estamos a su disposición.

Le repito, hoy comenzamos la discusión en Plenaria del Senado. Y un comentario final y a mi juicio pues es la conclusión más importante que yo pudiera tener de esta presentación que usted hizo, en donde hay unas cifras bastantes preocupantes en términos de mortalidad y en términos de años de vida potencialmente perdidos, cuando uno mira las diapositivas que usted mostró, creería que entre las diez (10) causas que se señalan allí, de mortalidad hay seis (6) o siete (7) que tienen que ver con enfermedades crónicas no transmisibles, me refiero a enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y otras que no recuerdo, pero que a mi juicio me señalan que realmente que aquí hay una gran debilidad, doctor de la Hoz, en lo que es la atención primaria en salud. Y nosotros creemos que la única manera de disminuir esos indicadores de salud pública, es que realmente este tema de la estrategia de atención primaria, se fortalezca realmente, se refuerce, realmente se implemente.

Por eso en esta ley Ordinaria, estamos dejando un artículo para que, le estamos dando plazo al Gobierno, si así se pudiera señalar, de seis (6) meses, para que esa estrategia de atención primaria, que también apareció en la 1438, en esta ocasión la pudiéramos implementar.

Yo creería, que si no cambiamos el modelo de salud que hoy tiene el país, que es un modelo curativo, un modelo hospitalario, un modelo solo de prestación de servicio, realmente estos indicadores van a seguir aumentando y realmente las enfermedades crónicas transmisibles van a tener el mayor peso en lo que es la morbimortalidad del país. Por ello, nosotros hemos insistido mucho en las distintas audiencias, que hemos realizado frente a la Reforma a la Salud, de la necesidad de la estrategia de atención primaria y yo creo que esto ha tenido todo el consenso de los distintos actores de la salud, de las EPS, de los prestadores, de los propios usuarios, porque de no, repito, nos preocupan estas cifras que usted nos ha mostrado hoy, en donde el treinta y dos por ciento (32%) de los años de vida potencialmente perdidos, están en las enfermedades no transmisibles, entonces, uno se pregunta, qué está pasando en el país. Necesariamente, pues a mi juicio pues está ocurriendo eso, que le estamos dando la mayor importancia a la medicina curativa, a la medicina hospitalaria, que a mirar o a procurar que realmente el colombiano se mantenga sano.

Y creemos que sobre eso vamos a insistir, Senadora Claudia, con el Gobierno y creo que es una de las razones de ser de esta Reforma, yo diría que es el eje temático más importante, la estrategia de atención primaria. Entonces, hechos estos comentarios, no sé si haya alguna otra persona de los invitados, que entre otras cosas, la Comisión Séptima, hizo una invitación bastante amplia de todos los actores, las EPS, los prestadores, los organismos de control, los pacientes, por allá vemos a Herman Redondo de la Defensoría, no Herman y a Elisa Torrenegra de Gestarsalud, de los pocos invitados que hoy aparecieron. De todas formas pues, el doctor Julio Rincón, de la Federación de Municipios, nos complace pues y nos deja satisfecha esta presentación y ojalá pues que este trabajo que usted ha hecho, finalmente se traduzca en resultados, porque tenemos que ir mucho más allá de las cifras, entonces preguntaba si alguien, alguna otra persona quiere intervenir. La doctora Elisa y el doctor Herman, Primero las damas Herman.

Directora Ejecutiva de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Senador Ballesteros, demás Senadores presentes en la sala, doctor de la Hoz y demás asistentes a esta importante reunión. A ver, hay dos cosas que antes de cualquier tema quiero relevar, uno es la importancia de los datos y que ya estén siendo oficiales en este país es absolutamente importante, no solamente para conocer la situación específica que se maneje con datos, sino para la toma de decisiones. Parece mentira, pero en estos veinte (20) años del sistema, estábamos tomando, o estamos

tomando todavía, decisiones sin información lo cual es preocupante. El segundo aspecto que quiero relevar, es la necesidad, doctor de la Hoz, de complementar los hallazgos de este importante Observatorio, con otras encuestas existentes, nosotros tenemos en Gestarsalud, una recolección de información dirigida en dos frentes, uno encuesta de hogares para identificar percepción de salud de nuestra población afiliada, que nos la está haciendo el Centro Nacional de Consultoría desde hace tres (3) años, de manera, una encuesta tipo panel y otro la frecuencia de uso de nuestra gente de las diferentes intervenciones.

Eso nos está dando una riqueza de información absolutamente impresionante, que pudiera complementar entonces, me brindo, o brindo a nuestra entidad para que pudiera entrar en las mesas de análisis de esta información. El segundo aspecto, voy a hacer algunos comentarios con los que, que pueden complementar lo que mencionaba el doctor de la Hoz. Uno es lo relacionado con la menor mortalidad en áreas rurales, como urbanas. Yo de verdad que celebro que el doctor de la Hoz dice, esto es una presentación inicial y después profundizamos, pero mis comentarios van dirigidos a eso, en nuestros hallazgos resulta que las personas del campo, de las áreas rurales no se sienten tan enfermas, como las personas de la ciudad y eso es llamativo, porque es que el tema de percepción de calidad de vida y le digo que es una encuesta recolectada por una entidad lo suficientemente seria y con la dirección de la Universidad Javeriana, donde se ve claro que la percepción de enfermedad por parte de las poblaciones rurales, es diferentísima a la percepción en las áreas rural de urbana.

Y hay algo bien importante allí y es que los estilos de vida son diferentes y donde son más sanos y donde son más digamos, sujetos a lo que es el ritmo de la vida moderna, que pudiera estar también alimentando lo que se está viendo aquí, de mayor mortalidad en las áreas urbanas que no solamente, como decía el doctor de la Hoz, va a depender de un subregistro, no puede ser que sea cierto y que realmente esté ligado más que todo a un estilo de vida. El otro tema es que en todo el Observatorio y yo me leí de manera bastante ligera, no a profundidad el informe, pero sí nos dábamos cuenta que en la mayoría de recomendaciones, siempre hacen alusión a la capacidad de identificación de los riesgos por parte de los prestadores y de necesidad de intervenciones intersectoriales y esto es importantísimo de la mano con algo que decía el Senador Ballesteros, ahora anteriormente y es la necesidad de fortalecer o de implementar de manera real, la atención primaria en salud, pero la atención primaria en salud manejada como debe ser, fortaleciendo inicialmente a un actor que para nuestro concepto ha estado bastante descuidado en este sistema, que es el médico general.

El médico general en este momento, no es que sean solo unos remitidores, sino que no les estamos dando la formación y la orientación que nuestra gente necesita. Nosotros tuvimos oportunidad de

mirar el sistema, el sistema de Reino Unido y allí el médico general no solamente es el que recibe el dinero y el que coordina y hace el control del uso del costo, sino el que realmente maneja y controla el estado de salud y bienestar del individuo, a través de la coordinación con unos equipos sociosanitarios, que intervienen en el colectivo. Entonces, en esto es necesario avanzar, no solamente allá los problemas que hemos venido enfrentando durante estos años, que son parte de un proceso, los temas administrativos, los temas financieros, sino ya empezar a revisar la capacidad real del recurso humano, a quien tenemos como responsable directo, porque independientemente que estén recibiendo el dinero las EPS, que después se llame gestor, que sea un departamento, no importa, el tema del dinero no importa, sino que de quien depende la salud es de una adecuada percepción e historia clínica por parte del médico y de una adecuada intervención.

Y si no los estamos preparando para identificar riesgos, aquí no estamos haciendo nada. Cuando nosotros revisamos la situación de salud que está en el informe, encontramos y hace el análisis el Observatorio del Instituto, en cuatro (4) patologías fundamentales o cuatro (4) situaciones en salud, que son la violencia por un lado, las patologías cardiovasculares, creo que las anomalías congénitas y la discapacidad y en los cuatro (4) puntos, en el Informe se hace alusión a esos dos aspectos. Entonces yo creo Senador, que lo que tiene que ver con el régimen subsidiado, obviamente necesita más análisis, pero no solamente dirigido a mirar el actor desde el punto de vista de EPS, IPS sino el que va más allá al contacto directo con el paciente, que es la orientación y capacidad resolutoria del profesional *per se* para efecto de identificar los riesgos y poderlos intervenir de manera adecuada, entonces creo que es un aspecto fundamental el que ya tengamos una información de base el que de aquí en adelante, no solamente vamos a seguir, no vamos a seguir diciendo que no hay información, sino que vamos a mejorarla, como de hecho existe, lo que pasa era que no era oficial y que todo debe ir redundando en mejorar un sistema de salud, que queramos o no ha dado grandes muestras de un avance, tanto en cobertura, como en servicios a la gente, tanto urbana, como rural, con mucho que mejorar, pero por supuesto, con mucho que mejorar por parte de todos los actores, pero que de todas maneras, es un sistema envidiable en muchos sitios del mundo. Muchas gracias por el espacio.

Presidente (e), honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctora Elisa, tiene la palabra el doctor Herman.

Defensoría del Pueblo, doctor Herman Redondo:

Gracias Senador, muy buenos días, para los honorables Senadores de la Comisión Séptima presentes, los asistentes, doctor de la Hoz y su equipo. En primer lugar, nosotros queremos como Defensoría del Pueblo, aplaudir al legislador cuan-

do tuvo la iniciativa en la Ley 1438, de crear el Observatorio. La Defensoría del Pueblo desde hace varios años, tiene cuatro (4) Observatorios en salud: el Observatorio de Cáncer de Adultos, el Observatorio de Cáncer Infantil, el Observatorio de Enfermedades Huérfanas y el Observatorio de Enfermedad Renal, pero faltaba realmente un Observatorio desde una mirada técnica, absolutamente imparcial de carácter global, como el que hoy se nos presenta, los Observatorios son como los buenos vinos, entre más añejos mejor, esta podría ser como la línea de base y en la medida que pase el tiempo y nos den informes como se pretende cada seis (6) meses, seguramente vamos a observar la tendencia en el tiempo de cada uno de los indicadores que aquí se han evaluado. El Observatorio es como un faro que otea el horizonte y prende señales de alarma, es decir, si el Observatorio no es aprovechado, en este caso por los honorables Legisladores, para que con base en él, aquí está la información, de alguna forma reorienten las políticas públicas para subsanar o corregir esas señales de alarma que aquí se están mostrando, pues no se estará aprovechando y optimizando la información que aquí se da.

Dijéramos que no hay resultados sorprendentes de alguna forma, es lo que ha venido sucediendo. Colombia, somos un país en transición epidemiológica y continuamos siéndolo y eso significa que de alguna manera, como lo señalaba el Senador Jorge Ballesteros, estamos en el peor de los mundos, porque tenemos patologías del primer mundo, como las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, simultáneamente con enfermedades del primer mundo y con un matiz que son las lesiones personales, que son el veinticinco por ciento (25%) de la carga de enfermedad en el país, es decir, eso es algo que nos tiene que, de alguna forma orientar los recursos. Y nosotros señalamos algunos datos de importancia, por ejemplo el dato que se nos da por regiones. Una vez más se ratifica que Colombia es un país de regiones, el proyecto de ley ordinaria que hoy inicia su segundo debate en la Plenaria, habla de áreas sanitarias, áreas o regiones sanitarias, ese es un buen enfoque para que también los programas de salud pública tengan ese enfoque, de alguna manera el país y el Estado se tienen que volcar masivamente y hacer salud pública en los antiguos territorios nacionales, en el Chocó, en La Guajira, en donde estos indicadores están demostrando una carencia absoluta de salud pública y de programas de salud pública. Pero no simplemente en el enunciado, sino también reorientar los recursos con ese enfoque específico. Hay persistencia de las desigualdades en salud, con resultados negativos en los sectores más pobres, especialmente en las zonas marginadas. Nos llama también la atención y es algo preocupante, que es el subregistro reportado en registro individual de prestaciones en salud, frente a la encuesta nacional de salud de vida, con un subregistro del cincuenta por ciento (50%), es decir, hoy por hoy no debería existir excusa válida para que tengamos

un subregistro de esa magnitud, sobre todo en los hospitales de primer nivel que recogen la información de las zonas más periféricas del país.

Es gravísimo ese hecho. Si ustedes recuerdan, la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 y en el Auto 261 llamó la atención e incluso la Contraloría hizo una función de advertencia al Ministerio, en el sentido de la necesidad de disponer de información clara y oportuna para poder tener cifras confiables. Por ejemplo, para tener una frecuencia de uso real y verdadera que permita construir una unidad de pago por capitación que consulte con las necesidades de la población. Si nosotros carecemos de esa información o esa información deja de ser confiable, pues la estructura misma del sistema puede ser endeble. Sabemos nosotros cómo aquí se planteó, que hemos disminuido la mortalidad en menores de cinco (5) años, en una forma bien importante, pero no igual a como la han disminuido países del área, que igualmente mantenemos una mortalidad materna que ha disminuido, pero en los últimos años se ha mantenido estable. La mortalidad materna es uno de los indicadores del milenio y es un indicador clave del desarrollo social y nosotros vemos que la mortalidad materna sigue agobiando a los sectores más vulnerables de la población. Pero en todo caso, hoy contamos con este instrumento y en la medida en que este instrumento se desarrolle será algo para tener en cuenta y por eso la Defensoría del Pueblo aplaude esta iniciativa y estará atento a la colaboración que podamos nosotros prestar en ese sentido. Muchas gracias señor Presidente.

Presidente (e), honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier:

Muchas gracias doctor Herman, si no hay alguien que quiera intervenir, pues levantamos la Sesión entonces y nuevamente nuestros agradecimientos al doctor de la Hoz, por su importante informe y a todos los invitados, muy agradecidos por su presencia, que tengan buena tarde.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, muy respetuosamente solicita a la Defensoría del Pueblo, nos colaboren haciéndonos llegar el último informe de tutelas 2012, con el compromiso que lo haremos llegar a cada uno de los integrantes de la Comisión.

El señor Presidente declaró formalmente terminada esta Sesión, siendo las doce y diez (12:10) p.m., de hoy miércoles dieciocho (18) de septiembre. Para el próximo miércoles veinticinco (25) de septiembre a las diez (10) de la mañana, en el Recinto de la Comisión, se estará desarrollando el Control Político sobre Vivienda Rural, según la Proposición número 3 del veintitrés (23) de julio del 2013, de la iniciativa del honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, a la cual se encuentran citados para Control Político, el señor Ministro de Vivienda, el señor Presidente del Banco Agrario y señor Ministro de Agricultura. Muy buenas tardes a todos y gracias por la asistencia.

La Secretaría General de la Comisión omite la transcripción textual de las excusas presentadas por quienes no asistieron a la Sesión, señalada en el artículo 89 del Reglamento Interno del Congreso, porque dando cumplimiento a la Resolución número 54 del 3 de octubre de 2006, **(por medio de la cual se modifica parcialmente la Resolución número 27 de 2005, “por la cual se reglamenta el procedimiento para la valoración de las excusas y los descuentos en la nómina de los honorables Senadores por inasistencia a sesiones del Senado de la República”)**, emanada de la Mesa Directiva del Senado de la República, conforme a lo preceptuado en el parágrafo único del artículo 90 (Excusas Aceptables) de la Ley 5ª de 1992 (Reglamento Interno Orgánico del Congreso) y en el artículo 271 (Inasistencia) del antes mencionado ordenamiento orgánico reglamentario, la Secretaría General de la Comisión, en cada oportunidad y por cada Sesión, oportunamente remitió al despacho del señor Presidente de la Comisión de Acreditación, para lo de su respectiva competencia funcional, mediante relación, las excusas y/o justificaciones por la no asistencia a las sesiones convocadas y realizadas en la Comisión Séptima del Senado, presentadas oportunamente por las honorables Senadoras y/o por los honorables Senadores que no asistieron a la Sesión a la cual corresponde la presente Acta, habida consideración que el numeral 6 del artículo 296 (**Causales de Pérdida de Investidura**), del Reglamento Interno del Congreso (Ley 5ª de 1992), no aplica en lo pertinente para efectos de Pérdida de Investidura, dado que en las sesiones ordinarias de la Comisión Séptima del Senado, no se discuten ni se votan en reuniones Plenarias **“proyectos de actos legislativos y de ley o mociones de censura”**.

El Presidente, Comisión Séptima Senado,

Guillermo Antonio Santos Marín

La Vicepresidenta, Comisión Séptima Senado,

Gloria Inés Ramírez Ríos

El Secretario General, Comisión Séptima Senado,

Jesús María España Vergara

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA.

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de noviembre del año dos mil trece (2013).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del Acta número 10 de fecha miércoles dieciocho (18) de septiembre de dos mil trece (2013), correspondiente a la Décima Sesión de la Legislatura 2013-2014.

Esta Acta número 10, se aprobó en Sesión ordinaria del día miércoles seis (6) de noviembre de 2013, según Acta número 15, por ocho (8) votos

a favor, ninguno en contra, sobre un total de doce (12) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Las honorables Senadoras y Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Romero Hernández Rodrigo, Santos Marín Guillermo Antonio y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

La Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, deja constancia que los honorables Senadores, relacionados a continuación, no votaron el Acta número 10, por las siguientes razones:

- **García Romero Teresita, Ramírez Ríos Gloria Inés y Sánchez Montes de Oca Astrid:** Sí asistieron a la Sesión de fecha noviembre seis (6) de 2013 (Acta número 15), en la cual se aprobó el Acta número 10, pero **No votaron**, dado que no asistieron a la Sesión de la fecha (septiembre dieciocho (18) de 2013). Sí presentaron excusas y estas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

- **Zapata Correa Gabriel:** No votó el Acta número 10 (de fecha septiembre dieciocho (18) de 2013), dado que no asistió a la Sesión en la cual se aprobó (noviembre seis (6) de 2013-Acta número 15). Su excusa será enviada oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental, para lo de su competencia.

- **Rendón Roldán Liliana María:** No votó el Acta número 10 (de fecha septiembre dieciocho (18) de 2013), dado que renunció a esta Célula Legislativa desde el día nueve (9) de octubre de 2013, aprobada en Plenaria de Senado en la misma fecha.

- **Yépez Álzate Arturo:** No votó el Acta número 10 (de fecha septiembre dieciocho (18) de 2013), ya que en dicha fecha no era integrante de esta Célula Legislativa. Fue nombrado en reemplazo de la honorable Senadora *Rendón Roldán Liliana María*, mediante Resolución número 051 de octubre nueve (9) de 2013.

El Secretario,

Jesús María España Vergara

CONTENIDO

Gaceta número 903 - Viernes, 8 de noviembre de 2013

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

Págs.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Legislatura 2013-2014

Acta número 08 de 2013 (septiembre 3)..... 1

Acta número 09 de 2013 (septiembre 11)..... 35

Acta número 10 de 2013 (septiembre 18)..... 48