



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 273

Bogotá, D. C., lunes, 18 de marzo de 2024

EDICIÓN DE 9 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO FUNDACIÓN PARA LA CONSERVACIÓN Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 009 DE 2022 CÁMARA

por medio del cual se disponen instrumentos para garantizar una cadena productiva de ganado libre de deforestación y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, marzo de 2024

Señor:
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la República

Asunto: Concepto sobre el Proyecto de Ley No. 009 de 2022 "Por medio del cual se disponen instrumentos para garantizar una cadena productiva de ganado libre de deforestación y se dictan otras disposiciones".

Respetado Secretario General,

La Fundación para la Conservación y el Desarrollo Sostenible (FCDS) busca aportar a la lucha contra la deforestación y otros conflictos socioambientales, a través de la generación y análisis de información sobre los motores de cambio en el uso del suelo. Con base a la revisión, sistematización y análisis de los datos disponibles, ha buscado contribuir con la institucionalidad, entregando insumos a los tomadores de decisiones para la construcción y/o actualización del marco de ley que permita avanzar en la contención de los conflictos socioambientales, al tiempo que busca mejorar las capacidades de la sociedad civil, los funcionarios públicos y el sector privado para desarrollar acciones específicas que contribuyan a mitigar la deforestación.

En la FCDS hemos comprendido que el trabajo para la conservación consiste, no solo en preservar los bosques existentes, sino en analizar los conflictos socioambientales de manera integral, y con base a esto, diseñar políticas públicas intersectoriales que se ajusten a las realidades territoriales. En ese sentido, celebramos e instamos al Congreso de la República a que avance en la aprobación del proyecto de ley de trazabilidad animal. Este proyecto representa un paso estructural para unir posiciones y esfuerzos entre los sectores del medio ambiente y agricultura, con el fin de proteger la riqueza natural de las y los colombianos. Al mismo tiempo, busca promover la producción de ganadería sostenible y libre de deforestación, con el objetivo concreto de garantizar un suministro trazable para los mercados nacionales e internacionales.

La evidencia ha demostrado que la ganadería es uno de los principales motores de deforestación, y en el caso de la región amazónica, está relacionada con un fenómeno de apropiación masiva de tierras donde la utilización del ganado es la forma más eficiente y rápida de consolidar este lucrativo negocio.

Bajo este contexto y considerando de gran relevancia el Proyecto de Ley No. 009 de 2022, nos permitimos presentar comentarios al texto que se encuentra para debate en Senado, en los siguientes términos:

1. Contexto general de tasas de deforestación y relación con ganadería:

La expansión de la ganadería en zonas de importancia ecológica y para la biodiversidad representa un riesgo inminente para la degradación ambiental de ecosistemas que son claves para la seguridad humana de la región. Por esto, desde la sociedad civil, hemos insistido en avanzar en el ordenamiento productivo ganadero tras identificar el inventario bovino en áreas deforestadas. En los últimos 20 años (2001- 2021) se deforestaron 3.182.876 hectáreas en Colombia, de las cuales 1.858.285 corresponden a la Amazonía colombiana (MADS, 2022)¹. La deforestación se ha concentrado en el arco noroccidental de la Amazonía, comprendido en el occidente por el límite oriental de la cordillera oriental, en la zona conocida como el piedemonte amazónico, los departamentos de Caquetá y Putumayo. En el flanco norte, el arco discurre por la parte sur del departamento del Meta y por el departamento del Guaviare, al sur de los ríos Guayabero y Guaviare.

Desde 2016, la deforestación ocurrió principalmente en el sur del Meta con 202.831 hectáreas, en Caquetá con 238.216 hectáreas y en Guaviare con 162.805 hectáreas. Desde la firma del Acuerdo de Paz entre el Gobierno Nacional y las FARC, en el arco noroccidental de deforestación se han perdido más de 495.354 hectáreas de bosque (2016-2022), dejando un 65% (15.843.783 hectáreas) de remanente boscoso. El caso más crítico se presenta en el Meta donde solo queda un 35% de bosque (8.556.170 hectáreas) (FCDS, 2022).²

El arco noroccidental de deforestación en la Amazonía está ligado a procesos complejos de praderización orientados al acaparamiento de tierras, de cultivos de uso ilícito, de desarrollo insostenible de la malla vial, extracción ilícita de minerales y madera, las prácticas no sostenibles de la ganadería extensiva y la ampliación de la frontera agrícola en áreas no permitidas (FCDS, 2023).³

Si bien la ganadería en la Amazonía no siempre está asociada a la deforestación, desde el 2016 se ha dado un incremento sustancial en esta relación. La ganadería es una de las actividades productivas más importante para la economía del país. El hato ganadero en Colombia creció en un 29,94% (6.752.091 cabezas) entre 2016 y 2022 (ICA, 2023). Montelíbano (720%), La Macarena (478%), Montería (387%) y Cartagena del Chairá (189%) fueron los municipios con mayor crecimiento porcentual en estos años. En Córdoba se atribuye el crecimiento de la ganadería a la intensificación de los predios

¹ Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS). (2022). Boletín cifras de deforestación. Bogotá D.C. Muhamad. S. (2022). Ministra de Ambiente. Boletín cifras de deforestación del Ministerio de Ambiente. Bogotá D.C., 7 de septiembre de 2022.

² FCDS. (2022). Informe Cambio climático: Motores de deforestación y cambios de cobertura. Consultoría realizada por la Fundación Conservación para el Desarrollo Colombia para el Banco Mundial.

³ FCDS. (2023). Informe sobre acaparamiento, deforestación y praderización en el Arco Noroccidental de la Amazonía colombiana. Consultoría realizada por la Fundación Conservación para el Desarrollo Colombia para el Banco Mundial.

ganaderos y a la capacidad de carga, mientras que en la Amazonía se debe al aumento de la praderización asociada a la deforestación (ICA, 2023).⁴

El aumento en la demanda de carne bovina colombiana ha generado presión sobre las áreas donde la actividad ganadera ha experimentado un crecimiento significativo. Es por esta razón que es crucial establecer un ordenamiento productivo ganadero que facilite la identificación de los predios, la movilidad del ganado y permita la conservación de ecosistemas de alta importancia ambiental, como es el caso del bioma amazónico.

En el arco noroccidental de deforestación, el crecimiento del hato ganadero se ha asociado a procesos de deforestación, concentrados en los departamentos de Caquetá, Meta y Guaviare, donde se ha registrado la mayor deforestación desde 2016 (Tabla 1). San Vicente del Caguán (Caquetá) es el municipio con mayor número de cabezas de ganado en el país y a su vez el de mayor deforestación acumulada en el periodo 2016 - 2022. La Macarena (Meta) es el municipio con mayor deforestación en 2022 (8.811 Ha). A su vez, es el tercer municipio con mayor hato bovino en 2022. Cartagena del Chairá (Caquetá) es el segundo municipio con mayor deforestación en 2022, con mayor deforestación acumulada (2016- 2022) y con el segundo mayor incremento del hato bovino después de San Vicente.

Tabla 1: Municipios en donde se ha registrado mayor número de hectáreas de deforestación entre el 2016 y el 2022.

Municipio	Deforestación 2022 (ha)	Bovinos 2022	Deforestación acumulada 2016 - 2022 (ha)	Incremento bovinos 2016 - 2022
SAN VICENTE DEL CAGUÁN	6.838	909.364	104.798	296.791
LA MACARENA	8.811	259.253	83.536	214.382
CARTAGENA DEL CHAIRÁ	7.373	374.106	98.654	244.715
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	5.388	230.888	79.420	98.977
MAPIRIPÁN	6.052	144.984	47.457	79.722
EL RETORNO	2.237	189.734	38.068	86.734
CALAMAR	5.519	93.452	46.791	54.352
SOLANO	3.307	43.753	34.490	26.515
TOTAL	45.525	2.245.534	533.214	1.102.188

⁴ San José del Guaviare, tercera ciudad capital con menor avalúo catastral del país. Disponible en: <https://igac.gov.co/es/noticias/san-jose-del-guaviare-tercera-ciudad-capital-con-menor-avaluo-catastral-del-pais>

ganadería. Los indígenas, por su parte, se han visto fuertemente afectados pues su subsistencia -especialmente en el caso de los Nukak- depende del aprovechamiento de los recursos naturales que ofrece la selva en pie.

2. Intervención de los diferentes actores en la cadena productiva

Como se pudo observar en el apartado anterior, en la Amazonía ha existido una relación entre los procesos de deforestación y el incremento del hato bovino. En los casos que así sucede, el gráfico de la Figura 2, que se expone a continuación, describe los pasos seguidos por los actores que son parte de la cadena productiva.

En los eslabones iniciales de la cadena productiva, se destacan los altos índices de informalidad en la propiedad de la tierra para los departamentos que hacen parte del bioma amazónico. La informalidad en la posesión de la tierra en Caquetá es de 58%, en Guaviare 32%⁶ y Meta 45% (UPRA, 2020)⁷. En este primer punto de la cadena, en donde participan tanto grandes como pequeños ganaderos, encontramos un primer vacío de información para identificar a los poseedores de los predios ganaderos, y por tanto su relación con los procesos de deforestación. Muchos predios, a pesar de no estar titulados, cuentan con registro de predios pecuarios del ICA⁸, que se encarga de gestionar la vacunación.

Seguidamente, se da la llegada del ganado al igual que su proceso de engorde y eventual reproducción. Para acceder a la vacunación, la FCDS (2022)⁹ ha identificado que los predios sin registros sanitarios por parte del ICA ocasionalmente llevan a sus animales a predios que sí los tienen.

En la etapa de comercialización del ganado es donde más se registran movimientos, al igual que cambios de dueño, dificultando la trazabilidad del origen del ganado. Esto se debe a que, si bien la mayoría del ganado engordado en predios deforestados tiene como destino final los mercados de ciudades medias y grandes como Bogotá, Cali y

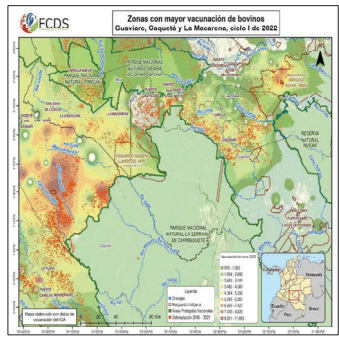
⁶ Aunque la informalidad del Guaviare es menor que la media nacional (52.7%), cabe anotar que no cuenta con formación catastral en las áreas rurales y San José del Guaviare es el tercer municipio con menor avalúo catastral del país (Neva, 2020; IGAC, 2023). La ausencia de información catastral limita analizar el tamaño real de las propiedades, y la acumulación de tierras como resultado del acaparamiento de tierras (FCDS, 2023).

⁷ Neva, N., Prada, R. (2020). Índice de informalidad. Indicador de informalidad en la tenencia de la tierra en Colombia vigencia 2019. Unidad de Planificación Rural Agropecuaria (UPRA). Bogotá. URL: https://upra.gov.co/es-co/Publicaciones/Informalidad_ten_tierra_Colombia_2019.pdf

⁸ Estos registros se limitan a la identificación del predio y el responsable de los animales, el cual constituye una base para la gestión de la autoridad sanitaria y en ningún caso legitima o suplanta los documentos expedidos por la autoridad competente para otorgar la propiedad de los predios o legalizar la actividad comercial. (ICA, S.F.)

⁹ FCDS. (2022). Informe Cambio climático: Motores de deforestación y cambios de cobertura. Consultoría realizada por la Fundación Conservación para el Desarrollo Colombia para el Banco Mundial.

La mayor parte de la deforestación asociada a ganadería se ha concentrado dentro o en inmediaciones de áreas con determinantes ambientales como Zona de Reserva Forestal, Parques Nacionales o Resguardos. Tal como se expone en la Figura 1, a partir de datos de vacunación del ICA (2022), se identificaron zonas de vacunación, bovina en Zonas de Reserva Forestal. 355.000 en Tipo A, 1.013.000 en Tipo B, y 60.000 en Tipo C, denotando una clara vulneración a los procesos de zonificación y ordenamiento que el Ministerio de Ambiente y Desarrollo sostenible ha dispuesto sobre estas áreas estratégicas y de gran importancia ambiental, en procura de mantener las condiciones óptimas para conservación de los suelos y la biodiversidad.⁵



En los Parques Nacionales Naturales Serranía de la Macarena, Tinigua y Picachos se encontró la vacunación de cerca de 300.000 cabezas de ganado; circunstancia que atenta contra el régimen de usos de estas áreas protegidas de carácter estricto y la protección constitucional de las mismas. Al interior de los parques nacionales está prohibido cualquier tipo de actividad que no se relacione en forma directa con la conservación y preservación de los ecosistemas presentes al interior de los mismos.

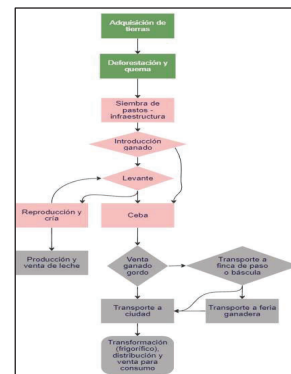
En la zona de influencia del Parque Nacional Natural Serranía del Chiribiquete se identificó la vacunación de 600.000 cabezas en la región del Yari y 100.000 en la región del Río Itilla en Calamar, lo cual resulta ser indicativo de la trasgresión de la frontera que busca minimizar la perturbación causada por actividad humana y aportar a la protección de esa área protegida.

En cuanto a los Resguardos Indígenas, se hallaron 100.000 cabezas de ganado al borde del Resguardo Nukak, 30.000 al interior del mismo, y 23.000 bovinos en el Resguardo Llanos del Yari Yaguará II. Esto es alarmante en la medida en que no es la misma población indígena de los resguardos la que ha fomentado estas actividades, sino inversionistas externos que se lucran de la deforestación para establecer negocios de

⁵ ZONA A. Mantenimiento de los procesos ecológicos básicos necesarios para asegurar la oferta de servicios ecosistémicos. ZONA B. Áreas destinadas al manejo sostenible del recurso forestal. c. ZONA C. Áreas cuyas características biofísicas ofrecen condiciones para el desarrollo de actividades productivas agroforestales, silvopastoriles y otras compatibles con los objetivos de la Reserva Forestal y las cuales deben incorporar el componente forestal.

Neiva, este pasa por múltiples intermediarios que cobran comisiones por movilizar y encontrar compradores a los animales.

Figura 2: Cadena de producción ganadera en la Amazonía Colombiana.



Los frigoríficos de las ciudades que compran el ganado para transformarlo en carne para el consumo no tienen restricción alguna en la compra de ganado proveniente de zonas deforestadas, siempre y cuando cuente con registros sanitarios y de movilidad al día. De manera que, sumado a la difícil tarea de establecer el origen del ganado, no existen restricciones que prevengan la llegada del que es causante de deforestación a los mercados de venta de carne. En este sentido, se hace necesaria la revisión de los sistemas actuales de trazabilidad para poder crear uno que facilite la prevención de la deforestación asociada a ganadería.

3. Trazabilidad

Comprender la trazabilidad de la producción ganadera en el arco noroccidental de la Amazonía y en todo el país es fundamental para entender las relaciones entre la cadena productiva y los procesos de deforestación y degradación ambiental. Conocer estos procesos y sus contextos regionales permite proponer cursos de acción a diferentes niveles de decisión (estratégico, operativo y técnico), en cada uno de los contextos

jurídica para los diferentes actores, lo que sin lugar a dudas permitirá salvaguardar los bienes baldíos localizados en los Núcleos de Alta de Deforestación.

La integración gradual de los sistemas de trazabilidad animal existentes con el Sistema de Monitoreo de Bosques y Carbono (SMBByC), así como el sistema nacional catastral con el registro de la propiedad inmueble, permitirá la generación de información interoperable. Esta información, al ser de acceso libre, abierto y transparente, resultará en una herramienta administrativa completa. Con ella, las entidades que cuenten con funciones y competencias legales, ya sea de índole administrativa o judicial, no solo dispondrán de insumos suficientes para el cumplimiento de su misión, sino que también podrán desarrollar acciones integrales desde diferentes sectores para abordar de manera eficaz la lucha contra la deforestación.

Relevante resulta también la previsión de las Zonas de Alta Vigilancia en Núcleos Activos de Deforestación, por cuanto esta figura favorecerá el diseño e implementación de medidas de control, tales como delimitación y caracterización detallada para el registro de los predios pecuarios y la instalación de dispositivos de identificación nacional individuales en los semovientes bovinos, entre otras, lo cual contribuirá a llevar la trazabilidad del ganado bovino y a generar acciones en la planeación, ejecución y el control de todas las actividades relacionadas con estas zonas.

Igualmente la reforma que se propone en relación al artículo 6 de la Ley 1659 de 2013, que busca adicionar funciones a la Comisión Nacional del Sistema Nacional de Información, Identificación y Trazabilidad Animal resulta ser muy conveniente, por cuanto atendiendo su especialidad es el organismo adecuado para diseñar, poner en marcha y hacer seguimiento a un plan de acción que facilite la integración e interoperabilidad de los sistemas de información, como analizar de manera permanente la incidencia que la cadena de producción de carne tiene en la deforestación, diseñando las medidas que sean necesarias para prevenir y corregir esta situación; por esto tan acertado que se incluya al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible como miembro de esa Comisión con voz y voto.

Resulta muy asertivo que el proyecto de Ley promueva los acuerdos ya suscritos impulsados por la sociedad civil, como Acuerdos Cero Deforestación de la cadena productiva de carne y otros productos asociados a la ganadería y que se prevea a cargo del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Rural el diseño e implementación de programas de fortalecimiento de los proveedores que hacen parte de la cadena, para exigir productos libres de deforestación, por cuanto este tipo de acuerdos deben ser sectoriales, en los cuales se integren con mecanismos regulatorios en el territorio que impulsen desarrollos inclusivos y sostenibles a fin de detener o evitar la deforestación.

Es importante señalar el caso de éxito en un país de la región, como lo es el de Uruguay. Uruguay implementó un sistema de trazabilidad obligatorio que incorpora identificadores visuales y sistemas de identificación por radiofrecuencia en toda la cadena bovina. Esto ha aportado un plus a su mercado de exportación, al brindar una

base de datos segura, confiable y actualizada en tiempo real, integrada con el sistema de información geográfico nacional. Uruguay unifica la información de la comercialización del producto y brinda a los consumidores productos confiables, de origen conocido y obtenidos a través de un proceso eficaz, lo que contribuye a la imagen de país seguro y de calidad alimentaria (Sanguinetti, 2013)¹⁷. Adicionalmente, Uruguay ha buscado incentivar sistemas financieros sostenibles para el sector agropecuario, el cual, a pesar de sus retos, ha mostrado innovaciones al buscar una reducción de tasas en préstamos y contribuir a los objetivos de reducción de emisiones de metano en la cadena, para cumplir así con los compromisos del país ante el Acuerdo de París (Fernández-Arias, et al., 2022)¹⁸.

Finalmente, cabe resaltar que la Fundación para la Conservación y el Desarrollo Sostenible – FCDS se encuentra dispuesta a acompañar todos los espacios de trabajo que se dispongan en esta legislatura que tengan como objeto avanzar en el debate del proyecto de ley y con los comentarios expuestos, esperamos contribuir en su gestión en el Senado.

Cordialmente,

 Firmado digitalmente
por Rodrigo Botero
García
RODRIGO BOTERO GARCIA
Representante Legal
FCDS

¹⁷ Sanguinetti, C. (2013). La trazabilidad individual bovina en Uruguay como política de innovación tecnológica (Periodo 2004- 2012). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Argentina.

¹⁸ Fernández-Arias, E. Rosas, F., Lorenzo, F. (2022). Desarrollo del sistema financiero para el sector agropecuario de Uruguay. Centro de Investigaciones Económicas. Disponible en: https://cinve.org.uy/wp-content/uploads/2022/08/2022-04-Paper_DESARROLLO-DEL-SISTEMA-FINANCIERO-PARA-EL-SECTOR-AGROPECUARIO-24-de-junio-de-2022_FR_EFA-1.pdf
Valor Carne. (2023). Financiamiento blando: Uruguay ahorrará millones por reducir metano de la ganadería. Disponible en: <https://www.valorcarne.com.ar/monetizando-las-metas-ambientales-uruguay-ahorrara-millones-por-reducir-metano-de-la-ganaderia/>

COMENTARIOS

COMENTARIOS DOCTOR CARLOS CORSI OTÁLORA PROYECTO DE LEY NÚMERO 216 DE 2023 SENADO, 339 DE 2023 CÁMARA Y SUS ACUMULADOS

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, 13 de marzo de 2024

Honorable Senadora
Doctora Martha Isabel Peralta Epiéyú
Presidenta de la Comisión VII del Senado
E. S. D.


Honorable Senadora Presidenta de la Comisión VII del Senado:

La saludo con la mayor atención solicitándole se sirva publicar la posición de la Comisión VII del Senado en el año 2001 cuando realizó una evaluación sobre la situación del País en materia de Salud. Esta investigación intitulada **“La Reforma de la Reforma en Salud”** obra en la Ponencia del Proyecto de ley 339 de 2023 y acumulados que le hizo llegar el suscrito, miembro de la *Sociedad Civil Funcionalmente Organizada* la cual fue así reconocida por la ley 188 de 1995. Esta Ponencia de 811 folios ha sido absolutamente ignorada, a pesar de que oportunamente solicité audiencia pública para explicarla.

Espero que sirva para dar claridad al debate para bien de los colombianos, pues, no es saludable para la Nación que se hunda un proyecto de ley **que en esencia trata de situar el ACTO MÉDICO como fundamento del Sistema de Salud, en vez del ACTO DE COMERCIO**.

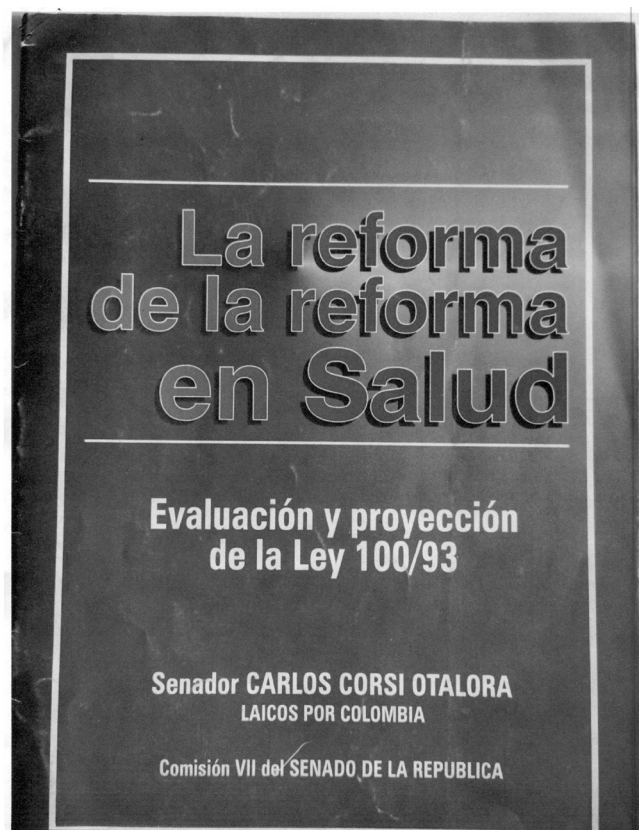
También le solicito que haga llegar al señor Presidente de la República la Ponencia del suscrito para lo cual también estoy remitiéndosela por internet. Este favor lo pido para que también él, como se dice en el lenguaje parlamentario en ejercicio de la Función Legislativa, tenga suficiente ilustración.

Con sentimientos de la mayor consideración, me suscribo atentamente,


Carlos Corsi Otálora
Senador de la República 1991 - 2002
“La Reforma de la reforma en Salud”
Comisión VII del Senado de la República - 2001

Anexo:

1. Fotocopia del Documento antes citado: “La Reforma de la Reforma en Salud”, Comisión VII del Senado, 2001.
2. A su correo institucional envío la nueva Carpeta con 830 folios, preparada por miembros de la Sociedad Civil Funcionalmente Organizada y presentada a su Despacho para Audiencia Pública solicitada en el Debate de los PROYECTOS DE LEY No 339 DE 2023 Cámara acumulado a los Proyectos de ley números 344 y 341, ambos de 2023 Cámara, sobre Reforma a la Salud.





CARLOS CORSI OTALORA

Doctor en Derecho y Ciencias Políticas, U.N.
 Miembro de la Academia Colombiana de la Lengua
 Miembro de la Academia Colombiana de la Educación
 Miembro de la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social
 Miembro de la Academia Colombiana de Historia Eclesiástica
 Miembro de la Academia Boyacense de Historia

Como autor y coautor ha publicado, entre otras, las siguientes obras:
 "Colonialismo Demográfico", Bogotá, 1972
 "Centro América en llamas", Bogotá, 1982.
 "La liberación", Bogotá, 1987.
 "Vocación histórica de Colombia", Bogotá, 1991.
 "El Estado Autárquico", Bogotá, 1997.
 "Horizontes y misión de una reforma política", Bogotá, 1999.
 "La verdadera reforma en pensiones", Bogotá, 2000.
 "Del capitalismo totalitario a la civilización solidaria", Bogotá, 2002.

Ha ejercido su profesión de abogado por 25 años y como profesor universitario.
 Presidente del Consejo Nacional de Laicos.
 Secretario Ejecutivo del Departamento de Laicos del CELAM y Miembro del Equipo de Reflexión Teológico-Pastoral del Consejo Episcopal de América Latina (CELAM).
 Vicerrector de la Universidad La Gran Colombia, y cofundador de la Escuela de Líderes de la Central de Juventudes.
 Senador de la República de Colombia, por el Movimiento cívico-político LAICOS POR COLOMBIA, desde 1991.
 Conferencista invitado en México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Puerto Rico, Venezuela, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Paraguay y Argentina.
 Autor y/o ponente de proyectos de ley sobre: seguridad social, salud pública, juventud, familia, vivienda, economía solidaria, educación, libertad religiosa, Plan nacional de desarrollo, biotécnica y genética.

GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO

Médico cirujano, Profesor universitario, Director de programas de posgrado en Salud de la Universidad Sergio Arboleda, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.
 Ha sido autor, entre otras, de las siguientes obras: "Garantía de calidad en salud", "Auditoría en salud", "Descentralización administrativa en salud", "Salud pública del futuro", autor de

La reforma de la reforma en Salud

Evaluación y proyección de la Ley 100/93

Senador CARLOS CORSI OTALORA
 Laicos por Colombia
 Comisión VII del Senado de la República

Asesoría médico-científica:
Dr. Gustavo Malagón Londoño, M.D.

Bogotá, noviembre de 2001

SUMARIO:	Página
1. De pacientes a clientes	4
2. Desintegración de la Red Pública Hospitalaria	5
3. Del Seguro Social al Seguro Comercial de Salud	8
4. La desviación de los recursos de la Seguridad Social en Salud	10
5. Fermentos de solidaridad dentro de un régimen mercantilista	12
6. La Ley de Salud Pública	13
7. La reforma de la reforma en Salud	16

Título original: LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD
 © Carlos Corsi Otalora - Noviembre de 2001 - Bogotá, Colombia.
 Dirección editorial: Ricardo Gastán Orjuela
 Tiraje: 1.500 ejemplares.
 Precio del ejemplar al público \$3.000

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD 3

Evaluación y proyección de la Ley 100/93

¿Se necesita legislar para modificar las estructuras esenciales del sistema de salud en sus tres componentes fundamentales, a saber: **la red pública hospitalaria, el aseguramiento, y la salud pública?**

El Ministerio de Salud y las Comisiones Séptimas del Senado y de la Cámara de Representantes, unidos a la sociedad civil que opera en el campo de la salud, realizaron la más amplia investigación sobre la situación de la salud en el país al cumplirse los seis años de expedida la Ley 100/93, para lo cual se adelantaron foros en las principales ciudades del país, con la participación de las instituciones y personas más calificadas, así como de quienes actúan en el nivel operativo del sistema. La investigación -la más amplia de las realizadas hasta la fecha- señaló distorsiones profundas, tanto en el espíritu como en la estructura del sistema de salud, que hace inevitable volver al recurso de legislar para superar una crisis que no fue imaginada cuando se expidió la Ley 100, pero que, de persistir, causaría daños irreparables a la población colombiana y a las futuras generaciones.

Hace unos meses una delegación del más alto nivel de la República de Chile, compuesta por voceros tanto del Ejecutivo como del Legislativo visitó a la Comisión VII del Senado. Su propósito era el de conocer la experiencia colombiana porque la chilena, en salud, había sido un fracaso y era necesaria una reforma de la reforma. Nos preguntaron cuál era la fuente inmediata de la legislación colombiana y les contestamos, como era obvio, que el sistema de salud de Chile había sido el inspirador del que opera en nuestro país. Nos respondieron lacónicamente: **"Les pedimos disculpas"**.

Las distorsiones del sistema de salud chileno y del colombiano, que siguieron las recomendaciones de la banca internacional (principalmente Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional), se refieren al espíritu del sistema, a su ethos, a su visión del ser humano y del mundo, que inevitablemente se reflejan en lo atinente a la salud individual y pública, a la función del Estado y a la seguridad social. Tanto Platón como Aristóteles desconfiaban de un gobierno que estuviera en manos de quienes controlaban la economía, hoy diríamos principalmente el poder financiero, porque al gobernar piensan en sus propios intereses y no en el bien común y utilizan la ley para procurarse grandes negocios. A los gobiernos de tal índole los denominaron **"plutocracias"**. Platón, al comparar el Estado con el cuerpo humano, solía decir que los filósofos eran lo equivalente a la cabeza, los guerreros al corazón, y los del poder económico, al estómago; que todos cumplieran una función social muy importante si se mantenían en su lugar, pero lo peor que podía pasar al cuerpo social era que el estómago reemplazara a la cabeza. Por esta razón los buenos politólogos siempre han dicho que entre el poder político y el económico debe haber "pared de calicanto".

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

4

1. De pacientes a clientes

Un sistema se compone de un conjunto de estructuras y una estructura, de un conjunto de acciones que son como lo equivalente al átomo en la materia, o a la célula en los organismos vivos. La acción primordial en un sistema de salud es el tradicionalmente denominado "acto médico", hoy extensivo a todos los que trabajan en la salud individual y pública. La esencia del acto médico es el servicio a la vida. A dicho fin se ordenan todas las actividades; es el propósito primordial que orienta la acción desde la formación ética del médico o del profesional de la salud hasta las más complejas investigaciones, pasando por todas las acciones encaminadas a curar, prevenir la enfermedad y promover la salud del paciente y de la comunidad de la que forma parte.

Colombia tuvo una tradición médica y de salud reconocida nacional e internacionalmente. Fue cuna de médicos eminentes, de ejemplares servidores de la salud pública, de notables instituciones hospitalarias y de facultades de medicina, odontología, enfermería, bacteriología, fisioterapia y otras ramas de la salud pública que brillaron tanto en el país como en el exterior, porque más allá de las limitaciones físicas y presupuestales, el ethos del sistema, su espíritu, era el amor a la vida y el respeto al ser humano considerado como el principio, centro y fin del acto médico.

La Constitución de 1991 acogió este espíritu en el artículo 1º que considera a la República "fundada en el respeto de la dignidad humana"; en el artículo 48 que establece la seguridad social como servicio público; en el 49, que "... garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" y, sobre todo, reconoce en el artículo 11 que "El derecho a la vida es inviolable...". También la parte general de la Ley 100, contenida en los nueve primeros artículos, conserva esta óptica que está ligada intrínsecamente a la solidaridad, definida como "...la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones, y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil" (Ley 100/93, Art. 2, literal c). Además añade que "este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud". (Ibidem, Art. 4).



5

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

Quando se diseña una estructura social por medio de la ley se comienza por determinar la naturaleza, los principios y los fines, que en técnica jurídica constituyen la **parte dogmática**; luego se establecen las instituciones y se fijan las grandes líneas de acción para que a partir de los principios se logren los fines, lo que en la técnica jurídica corresponde a la **parte orgánica** de la ley, denominada así porque se refiere a los órganos que la hacen operativa; y la tercera, o parte instrumental, abarca financiación, competencias y otros instrumentos o medios para alcanzar los fines de la ley.

El problema de la Ley 100/93 consiste en la **contradicción entre la parte dogmática y la parte orgánica de la norma**. La primera se inspira en una visión del ser humano de tipo solidario y humanista, mientras que la segunda lo hace en una de tipo individualista en la que predomina la competencia o guerra económica contra la solidaridad y en la cual lo que define el perfil de las instituciones es el poder del capital-ismo que gobierna la globalización. "Ello explica por qué hoy, en las instituciones de salud, **no se trata con pacientes sino con clientes**."

El perfil de las instituciones originadas en la Ley 100 **no corresponde al principio del servicio a la vida en la solidaridad sino al de la competencia económica para alcanzar la mayor rentabilidad del dinero invertido en el "negocio de la salud"**, del cual se esperaba una eficiente prestación de servicios acompañada de una óptima asignación de recursos determinada por el mercado. Ni lo uno ni lo otro ha sucedido, pues en el tiempo de vigencia de la nueva estructura la calidad de los servicios ha venido disminuyendo dramáticamente mientras que la desviación de los recursos del sistema de salud ha sido evidente. Con razón ya es un lugar común decir: "Nunca se había invertido tanto en salud y jamás había sido tan profunda la crisis del sector." La contradicción entre los principios y fines de la Ley 100 con las estructuras que se han elaborado para lograr los segundos a partir de los primeros, se ha venido palpando en cada uno de los sectores claves del sistema, red pública hospitalaria, aseguramiento y salud pública, como podremos observarlo a continuación.

2. Desintegración de la Red Pública Hospitalaria

Desde mediados del pasado Siglo XX hasta la década del 90 el país vivió un proceso lento, difícil, de constante avance en la construcción de un sistema de salud para el pueblo colombiano. A lo largo de varias décadas evolucionaron los esquemas fundamentales, desde higiene y asistencia pública hasta llegar a vertebrar un sistema de salud. Dicho proceso sirvió de crisol para la formación de profesionales de distinta índole en salud pública y para la construcción de importantes hospitales no obstante las graves dificultades en lo referente a dotaciones y mantenimiento; florecieron los hospitales universitarios y nadie duda que la calidad de la medicina progresó, mientras que poco a poco se ampliaba la cobertura. Basta con hacer la comparación de la situación de la salud en los años cincuenta y la misma a comienzos de los noventa. Es verdad que desde entonces se hablaba de crisis hospitalaria porque ordinariamente en el mes de septiembre de cada año los hospitales públicos se quedaban sin recursos y presionaban al Ministerio de Salud para que los financiara.

6

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

En realidad, no había tal crisis estructural de la red pública hospitalaria sino desorden en la elaboración y ejecución de los presupuestos, pues de antemano se sabía que al Estado le correspondía prestar el servicio público de salud, tal como lo hace en la seguridad nacional y ciudadana a través de las fuerzas militares y de policía encargadas de conservar el orden público.



La Ley 10/1992 pretendió reorganizar el sistema de salud para adaptarlo a las nuevas condiciones creadas por la Constitución del 91 y a los cambios que ella introdujo en lo referente a transferencias y a descentralización. A finales de dicho año, cuando aún se escuchaba el eco de quienes discutían las bondades o deficiencias de la mencionada norma, llegó a las Comisiones VII de Senado y Cámara un proyecto de articulado que se incorporaba al proyecto de Ley 155/92 que versaba sobre seguridad social en pensiones; aparentemente el proyecto sólo pretendía tocar lo atinente a la seguridad social en salud y a primera vista no pretendía desmontar la red pública hospitalaria. No obstante, en lo esencial de la propuesta se escondía un lenguaje y unas medidas que llegarían a tener un efecto deletéreo sobre dicha red y que a los siete años de su aplicación daría sus frutos. Hoy, los centros hospitalarios de mayor prestigio se han desplomado y otros están a punto de desaparecer. La idea fuerza clave que ha regido este proceso no procede de las ciencias de la salud pública sino de la economía del **capital-ismo postmoderno**, según el cual la mejoría en la calidad de los servicios de salud y la asignación de los recursos para lograr mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los mismos, dependen de la **competencia en el mercado** y de las leyes que lo gobiernan, tales como la de la **oferta y la demanda**. Entonces resonó una voz de orden, de marcado acento freemaniano: en la prestación del servicio de salud **hay que sustituir el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda**.

Salta a la vista la trampa semántica, puesto que el subsidio es un regalo que el Estado hace a los particulares cuando no están en capacidad de responder por una obligación que les es propia, lo que en el campo de la salud significa que no existe el derecho a la salud porque al ciudadano le corresponde financiarla y el Estado a lo sumo ayuda con algunos dineros a quienes estén en imposibilidad de cubrirla totalmente. Este enfoque por supuesto está en abierta contradicción con el artículo 49 de la Carta Magna que señala: "Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud", lo que no obsta para que las personas o grupos que lo deseen puedan invertir mayores dineros en su propia salud o que existan instituciones médicas con ánimo de lucro. También el sustituir el servicio público por el subsidio en el campo de la salud revela una visión individualista porque cada uno responde por su propia vida sin consideración a los demás y el Estado se limita a ayudar a quienes carezcan de algún recurso, a sabiendas de que en cualquier momento puede negarles esta ayuda porque el beneficiario no tiene derecho a ella sino que la recibe como dádiva gratuita. Esta visión del subsidio está en abierta contraposición con el concepto de **servicio público esencial** que aparece en la parte dogmática de la Ley 100/93, y que se niega en su parte orgánica.

7

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

El efecto práctico de la trampa se concreta en el orden de desfinanciar a la red hospitalaria pública, pues los hospitales deben convertirse en empresas que se financien por su capacidad de competencia en el mercado de la salud. Más aún, por medio de otra norma complementaria se fijó una fecha límite y se determinaron unos porcentajes para disminuir progresivamente la financiación de los hospitales públicos hasta que llegaron a financiarse por sí mismos. De la financiación del servicio público de salud a través de los hospitales, se pasó a un régimen de autofinanciación por venta de servicios de las denominadas "empresas sociales del Estado". Dicho nombre lo utilizó la Ley 100 para evitar que los hospitales aparecieran ante la opinión pública como empresas comerciales que competían con las privadas en el negocio de la salud.

Para justificar tamaño metamorfosis de la red pública hospitalaria se presentaron unas simulaciones de computador según las cuales en el año 2000 todos los colombianos estarían amparados por el régimen de aseguramiento, bien fuera en el contributivo o en el subsidiado; a quienes no estuvieran ni en el uno ni en el otro, a los desamparados, a se les denominó "**vinculados**", precisamente porque estaban **desvinculados**, lo cual no deja de ser un contrasentido. Sucedió lo que tenía que suceder: se desplomó la red hospitalaria por falta de financiación y luego, cuando vino la presión de los "vinculados", el Gobierno tuvo que salir a salvar a medias a las quebradas empresas sociales del Estado, las cuales no pocas veces fueron saqueadas por politiqueros que incrementaron absurdamente las nóminas para pagar favores políticos o generaron en ellas faltantes desmesurados. Y en esas estamos. Algunos hospitales públicos lograron facturar bien y sobrevivir a costa de convertirse en algo similar a una empresa privada con ánimo de lucro que lucha por lograr la mayor rentabilidad del capital. Estas empresas hospitalarias eficientes no han dejado de estar afectadas por la atención a los vinculados, a los cuales no pocas veces procuran excluir. Sin duda debe hacerse un reconocimiento a los hospitales públicos eficientes, pero no así al sistema que los gobierna, el cual ha resultado injusto, discriminatorio, y despilfarrador de los recursos públicos.

La reforma de la Ley 100/93 debe diseñar una red pública hospitalaria coherente con los principios de servicio a la vida y la solidaridad. Es menester hablar de la financiación del servicio público en salud para todas las personas que lo requieran, ampliando progresiva y ordenadamente la cobertura y volviendo a generar sistemas que mejoren la enseñanza universitaria y promuevan la investigación.



8

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

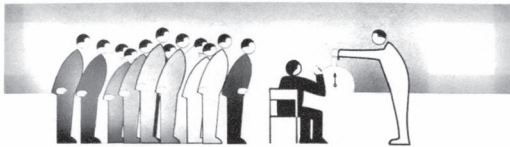
3. Del Seguro Social al Seguro Comercial en Salud

En el lenguaje técnico se conocen con el nombre de "contingencias" aquellas situaciones que se escapan al discursar normal de la vida cotidiana, como cuando una persona que goza de salud un día se enferma. Esta condición de enfermo es una contingencia que requiere un esfuerzo especial para superarla mediante un servicio de salud. Al conjunto de servicios de salud, tanto en lo social como en lo comercial, se le denomina: **"prestaciones de salud"**.

Para atender a las prestaciones de salud se puede partir de la solidaridad entre los integrantes de una comunidad que se unen para ayudarse mutuamente en este campo, por ejemplo, en la familia; cuando un miembro se enferma los demás lo cuidan y ayudan para que se cure; al mismo tiempo la familia procura tomar medidas para evitar las enfermedades e, incluso, pueden educar para que todos tengan una vida saludable. En una familia bien organizada en el terreno de la salud, late un microcosmos de sistema de salud con sus tres momentos fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad y curar. Este tipo de organización solidaria, al trasladarse a un país, constituye un sistema de seguridad social en salud que opera de la siguiente manera: los trabajadores dan un aporte y los empresarios otro; la suma de los dos constituye la cotización en salud, que es de naturaleza obligatoria. La solidaridad se expresa allí por medio de los porcentajes que cuantifican la cotización, pues si es del 12% del salario, quienes ganan un millón de pesos aportarán 120.000 al sistema, y quienes ganan 100.000 aportarán 12.000, y todos reciben servicios de la misma calidad.

El amor a la vida, la investigación, el estudio y el constante perfeccionamiento de las tecnologías, junto con una administración honesta y eficiente, dinamizan constantemente un régimen solidario de seguridad social en salud, cuyo eje ha de ser el acto médico. Los motivos fundamentales de la acción son de carácter ético y de valores: son de naturaleza espiritual, que consideran al ser humano en su integridad y al cuerpo humano como digno del mayor respeto, por ser una dimensión de la persona humana. El sistema requiere de recursos financieros que, como es obvio, deben administrarse con pulcritud y eficiencia, tal como sucede en una familia honesta.

Colombia tomó la ruta de la seguridad social a partir de la creación del ISS a mediados del Siglo XX, y no sin dificultades e interferencias causadas por la politiquería y el contagio de los fenómenos de corrupción que afectaron a toda la sociedad colombiana llegó al año de 1992, y la cambio **cuando se introdujo en el Proyecto de Ley 155/92 sobre pensiones el articulado que modificaría tanto el ethos como la estructura del sistema de seguridad social en salud.**



10

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

Las otras víctimas son los pacientes, de quienes se ha dicho que deben ser unos clientes muy pacientes, pues las tan criticadas cosas que se presentan en el Seguro Social también aparecen en entidades de naturaleza privada que algunas veces remiten a los clientes de un extremo al otro de la ciudad para dilatar las consultas. Sobre todo, lo más grave ha sido la reducción del tiempo determinado para la consulta, que debe hacerse en un cuarto de hora, del cual una parte se consume en llenar planillas. También van apareciendo controles cada vez más estrictos para la autorización de exámenes de laboratorio, mientras disminuye la calidad de los medicamentos recetados, no por voluntad de los médicos, sino por las órdenes que vienen de los gerentes de las empresas, cuya primordial preocupación no es la salud de los clientes sino la rentabilidad del capital, las ganancias que debe obtener la entidad para seguir en el mercado.

Un corolario inevitable del fenómeno antes descrito fue la disminución de beneficios en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), pues si bien la Ley 100 determinó que debía ser similar a los servicios integrales que entonces prestaba el ISS, unos decretos-leyes posteriores lo redujeron para que las EPS del sector privado pudieran operar con mayores márgenes de ganancia; al mismo tiempo y con el mismo fin se introdujeron los copagos, cuotas moderadoras y tiempos de espera; se obligó a los pensionados a aumentar su cotización en salud y se vulneraron derechos adquiridos de quienes recibían mejores servicios de salud en algunas empresas y los perdieron al pasar al régimen de la Ley 100/93.

Así pues, la ley de la competencia comercial aplicada a la seguridad social en salud, ha generado una vertical caída en la calidad de los servicios. Y lo que es más grave, de continuar la situación así, los futuros profesionales de la salud se adaptarán a estas condiciones de vida y podrán llegar a considerar el cuerpo humano como una mercancía a explotar.

Para preservar el acto médico e impedir que sobre él predomine el acto de comercio, tienen que intensificarse los procesos educativos para mantener el ethos de las profesiones ligadas a la salud pública como servidoras de la vida y, al mismo tiempo, se debe garantizar a los profesionales de la salud pública y demás trabajadores del sector ingresos justos, disponibilidad de tiempo suficiente para la atención de los pacientes, así como infraestructura y elementos apropiados.

4. La desviación de los recursos de la Seguridad Social en Salud

El más ineficiente de los sistemas para asignar recursos en el campo de la salud es el de la competencia en el mercado, porque todos aquellos dineros que deberían reinvertirse en el sistema para mejorar la salud, se desvían hacia el incremento de los capitales nacionales y extranjeros que compiten entre sí para conservar y ampliar sus nichos en él. La primera víctima de esta competencia ha sido el Seguro Social, el cual tuvo que cambiar de naturaleza para convertirse en organismo basado en la solidaridad a uno de naturaleza comercial a cargo del Estado. Ahora también en el ISS el lenguaje es de guerra económica en el negocio de la salud. Esta transformación no le ha sido benéfica, pues el ISS nació como un sistema de seguridad social solidario y no como empresa comercial.

9

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

La propuesta de reforma contenida en el PL. 155/92 se inspiraba en principios muy distintos a los que quedaron plasmados en la parte dogmática de la Ley 100/93, tanto que cuando se abre el tema de la salud, en el Libro Segundo, desaparece la palabra de "pacientes" y se sustituye por la de "usuarios", que más adelante se convertirán en "clientes", con libertad "... **en la escogencia entre las entidades promotoras de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de los servicios...**" (Artículo 153, Ley 100/93, numeral 4, subrayados nuestros). De este modo, se introduce la **"competencia"** en el mercado de la salud como eje del sistema, el cual se regulará por la ley de la **oferta y la demanda**, tal como acontece en un mercado de objetos, por ejemplo, de automóviles. La deformación profunda que plantea esta visión de la seguridad social regida por los principios de los seguros comerciales, consiste en **valorar la salud humana como si se pudiera separar de la persona y como si el cuerpo humano fuera una mercancía, un objeto más entre otros objetos del mercado.**

Una compañía de seguros comerciales de economía capitalista, se compone de un capital, contrata trabajadores de la salud de distintos niveles y cuenta con los medios requeridos para ofrecer el seguro médico. El cliente lo compra y, como contraprestación, le ofrecen un plan de salud. Es un negocio legítimo y bueno porque se dirige a quienes tienen la capacidad de comprarlo y no tiene la pretensión de ser un servicio público del Estado. El problema surge cuando a la seguridad social se le somete a la estructura y normas del derecho comercial y de los seguros de esta índole, porque destruyen en su esencia el concepto de seguridad social y de él solamente conservan la cotización obligatoria.

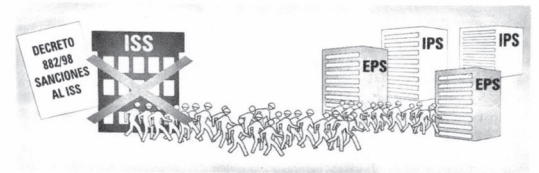
En efecto, el objetivo primero de una empresa comercial es el de lograr la mayor rentabilidad del capital para sobrevivir en la lucha o guerra económica con otras competidoras en el mercado. Si usted, por ejemplo, compite con otra persona en carreras de velocidad y va a pie mientras el otro lo hace en automóvil, usted pierde la competencia porque tiene menos "capital". El capital, es bueno aclarar, no es sólo dinero, pues también abarca conocimiento, tecnología y organización.

Al trasladar este esquema de naturaleza comercial a la seguridad social que es fruto de la solidaridad y un derecho de los ciudadanos amparado constitucionalmente, se pervierte el **acto médico** y prevalece el **acto de comercio** en las actividades de los organismos del sistema, tanto en las aseguradoras, que son las EPS (Empresas Promotoras de Salud) como en las prestadoras de servicios de salud (IPS).

Las primeras víctimas de la perversión del acto médico y la primacía del acto de comercio en la seguridad social colombiana han sido los médicos, odontólogos, enfermeras, fisioterapeutas, anestesiólogos y en general, los profesionales y demás servidores de la salud, quienes están sometidos a la "ley del bronce" en materia salarial y de prestaciones sociales. La expresión "ley del bronce" se acuñó en el Siglo XIX para censurar la determinación del valor de los salarios por medio de la oferta y la demanda, según la cual si había muchos trabajadores bajaban los salarios y si había pocos, subían. Hoy se dice con amargura que por una consulta médica se reconoce lo equivalente a una peluqueada. Contra hechos no valen argumentos; se ha comprobado hasta la saciedad el desplome de los ingresos de quienes laboran en la salud pública.

11

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD



Algunos, aplican la lógica de la competencia en el mercado al interior del ISS, al predicar que su EPS luche contra sus propias IPS, de modo que la primera obtenga ganancias a costa de las segundas y éstas a costa de aquélla, lo que es como si la mano derecha entrara en combate contra la izquierda en vez de complementarse. Ante lo absurdo de esta propuesta no falta quienes pidan que se formen nuevas empresas sociales del Estado con las IPS, las cuales de aceptarse tal iniciativa, correrían la misma suerte que han corrido los hospitales públicos y centros hospitalarios de la importancia del San Juan de Dios y el de Fray Bartolomé de las Casas, en cuyos recintos hoy espantan. La red hospitalaria del ISS, columna vertebral de la salud pública del país, disgregada y quebrada, se remataría como chatarra para que los grupos del poder económico, sobre todo multinacional, la adquirieran, tal como ha ocurrido con tantas privatizaciones de empresas públicas a las que primero se les deja quebrar y luego se venden, o se les mejora para venderlas por precios inferiores a lo que se invirtió en repararlas, tal como está a punto de suceder en Bancafé, al cual se le ha invertido más de un billón de pesos y se ofrece en venta por menos de medio.

Y para rematar al ISS se expidió el Decreto 882 de 1998, que tuvo como principal propósito sancionarlo al lado de otras instituciones públicas de salud que en otra época eran modelo, como CAPRECOM. En debates dentro de la Comisión VII se ha comprobado que el Decreto es antitécnico, porque califica de margen de solvencia aquello que en la realidad no lo es: la falta relativa y temporal de liquidez. Una institución con más de cinco billones de pesos de presupuesto no pudo pagar 19 mil millones a unos acreedores, no porque careciera de recursos, pues los tenía de sobra en otros rubros de su presupuesto, sino porque el Ministerio de Hacienda le impedía aplicarlos a este fin. Durante la vigencia de la sanción que le impuso la Superintendencia de Salud, el ISS perdió una enorme cantidad de dinero con la que habría podido construir, o terminar de construir, varias clínicas y sobre todo la más importante, la Central para Urgencias. Duele y produce cólera que por este tipo de maniobras se haya bloqueado la expansión de la Clínica de San Pedro Claver que evitaría que la gente se amontone en las Urgencias, entre dolores y sufrimientos indescribibles. Es justo reconocer el espíritu apostólico de médicos y servidores de la salud que deben trabajar en ese ambiente terrible de guerra, sin que falten lamentables casos de desatención, o de mala atención, propios de tales circunstancias.

El acuerdo logrado entre el Gobierno Nacional, el Director del ISS y el Sindicato, y el levantamiento de la mencionada sanción, abren las puertas para la concertada renovación del ISS, e impide que, como la pretendían algunos, se liquidara para que su red de clínicas se vendiera con grandes pérdidas y sus afiliados masivamente pasaran a las EPS privadas. (2)

12

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

"Por los frutos los conoceréis", el haber sustituido el ethos del servicio a la vida y la solidaridad por el de la acumulación del capital y la competencia en el mercado, ha dado frutos podridos. Contra los hechos, no valen argumentos.

Se impone una reforma a la reforma de la Ley 100/93, para que el ISS sea gobernado por sus propios miembros como entidad solidaria avalada por el Estado, ya que éste le debe sumas billonarias. Debe crearse un ámbito propio de seguridad social en salud coherente con los principios de la parte dogmática de la Ley 100 en salud, sin que esto signifique colgarle una lámpara al sector privado que recibe las cotizaciones obligatorias, pues los dos pueden coexistir a condición de que se diseñe un plan de desarrollo del sector con distribución de funciones complementarias, conservando la libertad de elegir, e impidiendo que la mentalidad del negocio prime sobre el servicio a la vida.

Es verdad que en el diseño de la Ley 100 predominó el espíritu mercantilista de la salud pública característico del actual neo-capitalismo mundial, pero también es cierto que una fuerte corriente de solidaridad se hizo presente en el debate y dejó plasmadas en las nuevas instituciones de salud normas que pueden servir de punto de partida para una reforma de la reforma, tal el caso de la compensación y el Fondo de Solidaridad y Garantía que ha sido piedra angular para el régimen subsidiado.

5. Fermentos de solidaridad dentro de un régimen mercantilista

Es el momento de señalar que existen diferencias entre el sistema chileno y el colombiano, especialmente en lo que se refiere a la equidad. El articulado de salud que el gobierno incorporó al PL 155/92, calcaba al chileno y, de haberse acogido en su totalidad, habría generado una salud pública para ricos y otra para pobres. Laicos por Colombia propuso un cambio que acogió la Ley 100/93: que los dineros aportados por los afiliados pertenecen al sistema y no a la EPS que los recauda, e introdujimos el concepto de la UPC (unidad por captación), o valor promedio del P.O.S. por persona. En esta forma se alcanzó un alto nivel de equidad pues el sistema ofrece las mismas condiciones a todos los afiliados sin discriminarlos por el valor de sus aportes. En la práctica, este fermento de solidaridad cambió el rostro de las clínicas más exclusivas, las cuales comenzaron a acoger pacientes de toda condición social afiliados al régimen contributivo o al subsidiado. Este fenómeno llevó al Banco Mundial a decir que el sistema más equitativo, obviamente de los que acogieron sus esquemas, era el colombiano.

Es verdad que en la época en la que se debatió la Ley 100, se escuchaban voces que pedían la ampliación de los servicios del ISS a la familia, lo que habría llevado a una ampliación de cobertura similar a la que se dio por medio de dicha Ley; pero también es cierto, y se le debe reconocer como gran mérito, que la norma ordenó dicha ampliación y el régimen contributivo extendió sus fronteras con gran beneficio para la comunidad.

13

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

Otro indiscutible progreso obtenido a raíz de la Ley 100/93 fue la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que ha sido decisivo para el funcionamiento del régimen subsidiado, el cual desempeña un papel de significativa importancia para ampliar la cobertura. Los dineros invertidos en él lamentablemente han sido afectados por el mal diseño y aplicación del Sisben, que frecuentemente ha sido utilizado como instrumento de politiquería. La larga cadena de intermediarios para el manejo de los recursos ha generado terribles fenómenos de corrupción y de duplicación de afiliados: los entes territoriales los reciben, los retienen para obtener intereses que aplican a otros fines, después los pasan a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), creadas por normas posteriores a la Ley 100, las cuales repiten la misma operación de demora de los pagos a las IPS para ganar los intereses y luego las mismas IPS demoran los pagos a los contratistas o suministradores del servicio para compensarse de lo perdido por las demoras. Ya es de público conocimiento que este sistema es absurdo y que se deben tomar las medidas pertinentes para que los dineros fluyan sin contratiempos hacia quienes prestan los servicios de salud.

Mención especial merecen las Empresas Solidarias de Salud, que no obstante fenómenos censurables que se han presentado en algunas de ellas, vinculan a las comunidades concretas con la prestación de los servicios de salud.

La reforma de la reforma de la Ley 100 debe estudiar atentamente el Régimen Subsidiado para fortalecerlo y purificarlo, pero teniendo mucho cuidado en no debilitar la red pública hospitalaria al creer que por el subsidio a la demanda, puede el Estado desentenderse de la obligación de prestar el servicio público de salud a quien lo requiera.

El Régimen Subsidiado es un capítulo del aseguramiento que no debe ser sustitutivo de la obligación primaria del Estado que se brinda por medio de la Red Pública Hospitalaria y que de ninguna manera debe entrar en el régimen de los seguros. Otro tanto debe decirse de la Salud Pública que ha colapsado porque se creyó erróneamente que el Plan de Atención Básica (PAB), la sustituiría.

6. La Ley de Salud Pública

Durante la gestión del Ministro de Salud, Dr. Virgilio Galvis, se estudió la realidad del país con la más amplia participación ciudadana, se elaboró el Proyecto de Ley No. S-156/99 de iniciativa oficial, técnicamente discutido en el Parlamento, aprobado por el Senado de la República en junio del 2000 y considerado por el Presidente Andrés Pastrana como su mayor realización en el campo de la salud. Pero con el cambio del Ministro de Salud, la Administración encaminó sus esfuerzos a hundir dicho Proyecto. La pregunta es, ¿por qué?

El tema de salud pública en América Latina se trató por primera vez en la Conferencia Sanitaria Panamericana llevada a cabo en la Habana hace 75 años, donde se inició el proceso de los denominados Códigos Sanitarios, el de Colombia quedó plasmado en la Ley 9ª de 1979, la cual fue elaborada después de un arduo proceso de investigación con la participación de las

14

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

primeras generaciones de salubristas. A partir de la Ley 100/93 se desmontó el sistema que con tanto esfuerzo se había venido construyendo a lo largo de varias décadas, porque, como ya se dijo, erróneamente se pensó que como en el año 2000 todos los colombianos estarían carnetizados, ya sea por el régimen contributivo, ya por el subsidiado, a través del PAB (Plan de Atención Básica) todos recibirían la atención necesaria para prevenir la enfermedad y promover la salud. Gravísimo error, puesto que la suma de todos los colombianos no es equivalente a la comunidad colombiana porque al número hay que añadir las relaciones de las personas y grupos entre sí. En el caso de la salud pública basta con preguntar qué EPS puede atender los problemas de contaminación de las aguas en el subsuelo o a la de los aires en los aeropuertos.

La evaluación de la situación de la salud adelantada por el Ministerio de Salud, las Comisiones Séptimas del Congreso y la sociedad civil, a los seis años de aplicación de la Ley 100/93, comprobó el recrudescimiento de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, el dengue, y las de transmisión sexual como el Sida; verificó el aumento de la contaminación ambiental, el incremento de la fármaco-dependencia y de las afecciones orgánicas causadas por el uso indiscriminado de insecticidas y herbicidas, así como las ocasionadas por desechos tóxicos y por los efectos secundarios de avances tecnológicos y científicos, tales como los derivados de la manipulación genética y del consumo de alimentos transgénicos.

Un equipo de setenta expertos con la colaboración de ministerios y entidades públicas elaboró el PL 156/99 que fue puesto en consideración de la Comisión VII del Senado, la cual consultó a más de 4.000 expertos y profesionales de la salud, así como a la Academia Nacional de Medicina, a las Universidades y a las asociaciones y sindicatos de médicos y otros trabajadores de la salud, a quienes se puso en consideración el Proyecto de Ley, artículo por artículo, para que opinaran.

El contenido del proyecto, enriquecido por los debates en el Senado y en la Cámara de Representantes, incorporó el Código Sanitario recogió los avances en salud pública expresados en la Conferencia de Otawa y amplió el radio de acción de la salud pública y con la permanente asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) se amplió el radio de acción de la salud pública, dándole un enfoque integral.

El Proyecto de Ley 156 estaba diseñado para generar dinámicas en todos los sectores de la sociedad en donde es necesario obrar para identificar y controlar los factores de riesgo que afectan la salud de las personas y de las comunidades en su entorno, tanto en el subsuelo (contaminación de fuentes de aguas por filtraciones en rellenos sanitarios o por insecticidas, etc.) como en el suelo (enfermedades ocasionadas por algunos cultivos como los de trigo, cebada y flores, o por contagio de los animales, zoonosis, etc.) y en el aire (contaminaciones por el ruido, fumigaciones, gases, etc.). Factores que también se refieren a las condiciones de vida social (asentamientos humanos, desplazamientos, construcciones urbanas, de los conjuntos residenciales, etc.); que están presentes en lo que el ser humano consume (alimentos, drogas, e incluso en los abusos derivados del alcoholismo, tabaquismo y drogadicción). Los desarrollos científicos y tecnológicos también conllevan factores de riesgo (manipulación genética, alimentos transgénicos, irradiaciones, etc.) y en las actividades del trabajo (salud ocupacional)

15

LA REFORMA DE LA REFORMA EN SALUD

Para alcanzar tan ambiciosos propósitos, el Proyecto de Ley pretendía generar una acción de todos los órganos del Estado y de la sociedad civil, coordinada por el Ministerio de Salud.



Para fortuna de los norteamericanos e infortunio de los colombianos, unos tribunales condenaron a las tabacaleras a pagar indemnización de perjuicios a los fumadores afectados por cigarrillos en los que se había introducido más nicotina de la autorizada, con el fin de aumentar la dependencia e incrementar las ventas. El fallo del tribunal norteamericano repercutió en el país cuando el proyecto de ley hacía tránsito de Senado a Cámara en julio de 2000. La ANDI hizo eco a las presiones que en su interior ejercieron los fabricantes e importadores de drogas que le pidieron actuara para que se excluyeran del Proyecto de Ley los artículos que establecían la obligación de indemnizar perjuicios por parte de los adulteradores de drogas cuando causaran efectos nocivos a la salud de los consumidores.

El documento de la ANDI concluía así: "En consecuencia la ANDI se permite solicitar el archivo del Proyecto" (ANDI, "Proyecto de Ley 156 Senado 1999).

El Ministro de Hacienda apoyó el 12 de julio de 2000 las peticiones de la ANDI y después de hacer unas consideraciones que reflejaban el espíritu del documento antes citado, concluyó: "Consideramos que el Proyecto de Ley por el cual se establecen normas que regulan la salud pública, no puede contar con el aval de este Ministerio" Habían sido inútiles las reuniones del Ministro de Salud encargado, Mauricio Bustamante y del suscrito ponente con el Presidente encargado de la ANDI, pues en vez de traer propuestas de articulado para estudiar en profundidad el tema, prefirieron acudir al Ministro de Hacienda para bloquear el Proyecto de Ley. Más tarde reforzaron su posición con cartas de respaldo de la Cámara de Comercio Colomboamericana, la de la Unión Europea y la de Japón. La oposición al Proyecto de Ley se había vuelto multinacional. El Gobierno Nacional en marzo del 2001 quiso retirar el Proyecto de la Comisión Séptima de Cámara, pero ésta no aceptó y por el contrario aprobó el Proyecto y lo envió a la plenaria para último debate. El Presidente de la Cámara no quiso ponerla en consideración de la plenaria y, no obstante que el Senado de la República aprobó una proposición pidiéndole a la Cámara que discutiera el Proyecto de Ley, éste se hundió porque no alcanzó a ser debatido el 20 de junio de 2001. El espíritu y la acción del poder del capital, habían vuelto a triunfar. La ANDI es una entidad muy seria e importante, pero sus actuales directivos, en el caso del mencionado proyecto, lograron sus objetivos pero privaron al pueblo colombiano de una ley que reconstruía y actualizaba las políticas de salud.

16

CARLOS CORSI OTALORA - LAICOS POR COLOMBIA

Para que la opinión pública especializada conozca el tipo de argumentos que esgrimió la ANDI, transcribo lo siguiente:

**"El artículo 31, parágrafo primero, dice:
"En ningún caso el cuerpo humano y sus partes serán fuente de lucro"**

Esta norma es tan genérica que podría conducir a la censura de actividades como el deporte, el modelaje y, en general, los oficios de carácter predominantemente físicos" (ANDI, ibidem, pág. 4)

Sobran comentarios ante tamaña absurda crítica que ignora que el cuerpo humano no es algo objeto de mercado puesto que la persona humana tiene una doble dimensión, la corporal y la espiritual. Sin embargo en el absurdo se capta la esencia de la mentalidad y la praxis del neocapitalismo salvaje que, como antes se demostró, es la causante del colapso de la salud en Colombia.

7.- La reforma de la reforma en Salud

En resumen, para la reforma de la reforma de la Ley 100/93 es menester que las instituciones se diseñen en coherencia con los principios y fines de toda política de salud cimentada en una visión integral del hombre. La economía debe estar al servicio del hombre. El ejercicio de la medicina, las demás profesiones y actividades de la salud, deben estar al servicio de la vida.

NOTAS

(1) Concurrentes con este estudio deben mencionarse los realizados por: la Academia Nacional de Medicina, los Tribunales de Ética Médica, la Asociación Médica, la Academia Nacional de Salud Pública y Seguridad Social, y el Primer Congreso Nacional de Salud Pública; los trabajos del Ministerio de Salud coordinados por los doctores Gustavo Malagón Londoño, Carlos Sarmiento y la doctora Selva Velásquez Fandiño, con ocasión del trámite del Proyecto de Ley 156/99 y los del Dr. Ricardo Galán Morera, Presidente de la Asociación Médica Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá; igualmente, las reuniones que en su momento promovió el Ministro de Salud Virgilio Galvis Ramírez con todos los sectores de la salud, principalmente con ocasión del Plan Nacional de Desarrollo, los trabajos del Departamento Nacional de Planeación y los debates que sobre la salud se han adelantado en Cámara y Senado, así como los del médico Gobernador del Tolima, Guillermo Alfonso Jaramillo. En la conferencia se prescindió de demostraciones estadísticas para subrayar lo de carácter conclusivo, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica propuestas para la reforma de la Ley 100 en Salud.

La reforma de la reforma en Salud:

Debe tener como fundamento el acto médico que en su esencia es un servicio a la vida y a la salud.

La salud no es un acto de comercio, porque siendo un servicio público esencial no puede ser un negocio para los intermediarios de la salud.

Debe preservarse la dignidad del paciente y del profesional en procura de una relación humana y una atención científicamente adecuada.

La reforma de la Ley 100 de 1993 ha de estar fundada en el acto médico y sustentada en la solidaridad y la justicia social para hacerla más humana. Además se debe fortalecer la red pública hospitalaria, como responsabilidad del Estado y promover la formación y la investigación permanentes de los profesionales de la salud para alcanzar la excelencia en la prestación del servicio.

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., el día 15 del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes consideraciones:

CONCEPTO: Carlos Corsi Otalora

REFRENDADO POR: Carlos Corsi Otalora

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara y sus acumulados

TÍTULO DEL PROYECTO: "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara, "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", No. 341 de 2023 Cámara, "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el No. 344 de 2023 Cámara, "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"


NÚMERO DE FOLIOS: 20

RECIBIDO EL DÍA: 14 de marzo de 2024

HORA: 11:23 A.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima
Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 273 - lunes, 18 de marzo de 2024

SENADO DE LA REPÚBLICA CONCEPTOS JURÍDICOS

Págs.

Concepto jurídico Fundación para la Conservación y el Desarrollo Sostenible sobre el proyecto de ley número 009 de 2022 Cámara, por medio del cual se disponen instrumentos para garantizar una cadena productiva de ganado libre de deforestación y se dictan otras disposiciones. 1

COMENTARIOS

Comentarios doctor Carlos Corsi Otálora proyecto de ley número 216 de 2023 Senado, 339 de 2023 Cámara y sus acumulados, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones..... 4