



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 531

Bogotá, D. C., viernes, 30 de junio de 2017

EDICIÓN DE 64 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA
REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2017

(mayo 11)

Legislatura 2016-2017

Rol que desempeñan las EPS en el sistema de
salud colombiano

Siendo las nueve y cuarenta y cinco minutos de la mañana (9:45 a. m.), del día jueves once (11) de mayo de dos mil diecisiete (2017), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente el honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, el honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, en su calidad de Vicepresidente, y como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara. Se dio inicio a la audiencia programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA

Para el jueves 11 de mayo de 2017
– Acta número 39

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2015-2016

Comisión Séptima Constitucional Permanente del
Senado de la República

Fecha: jueves 11 de mayo de 2017

Hora: 9:00 a. m.

Lugar: recinto de sesiones de la Comisión Séptima
de la Cámara, piso 5°, edificio nuevo del Congreso

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta célula legislativa (honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, Presidente, y honorable Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo, Vicepresidente) el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del jueves 11 de mayo de 2017, que aquí se convoca, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, será el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Audiencia pública a partir de las nueve de la mañana (9:00 a.m.)

Tema: “Escuchar las diferentes posturas del rol que desempeñan las EPS en el sistema de salud colombiano”, según Proposición número 36, aprobada en la sesión ordinaria de fecha martes veintiocho (28) de marzo de dos mil diecisiete (2017), según consta en el Acta número 30 de esa fecha, de la iniciativa del honorable Senador Édinson Delgado Ruiz.

Citados:

Doctor Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social.

Doctor Norman Julio Muñoz, Superintendente Nacional de Salud.

Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi).

Doctor Bruce Mac Master, Presidente Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI).

Doctora Elisa Carolina Torrenegra, Directora Ejecutiva de Gestarsalud.

Doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Invitados integrantes de la Comisión Accidental del honorable Senado de la República.

Resolución número 152 (Comisión Accidental para hacer seguimiento al desarrollo y funcionamiento de las EPS), del 31 de enero de 2017, emanada de la Mesa Directiva del honorable Senado de la República.

Honorable Senador Óscar Mauricio Lizcano Arango

Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez

Honorable Senador Faruk Urrutia Jalilie

Honorable Senador Myriam Alicia Paredes Aguirre

Honorable Senador Jorge Enrique Robledo Castillo

Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez.

Invitados:

Doctor Miguel Ángel Castrillón C., Presidente Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales (Sintraseguridadsocial).

Doctora Luz Fanny Zambrano Soracá, Presidenta Nacional Sintrasaludcol.

Señor Roberto Bustamante, Presidente Anthoc Seccional Bolívar.

Doctora María Doris González, Presidenta Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social (Sindess).

Doctor Luis Alejandro Pedraza Becerra, Presidente Central Unitaria de Trabajadores CUT

Doctor Luis Miguel Morantes Alfonso, Presidente Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC).

Doctor Julio Roberto Gómez Esguerra, Presidente Confederación General del Trabajo.

Señores Asociaciones de Pacientes.

Doctor José Villamil, Veedor Nacional de Salud.

Doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame.

Doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

Doctor Gerardo Campo Cabal, Decano Facultad de Salud, Universidad del Valle.

Doctor Ariel Iván Ruiz Parra, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Doctor Andrés Sarmiento Rodríguez, Decano Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Doctor Carlos Alberto Palacio Acosta, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Doctor Roberto Baquero, Presidente Colegio Médico Colombiano.

Doctor Pedro Contreras, Presidente de Asmedas.

Doctor Ricardo Navarro, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Doctor Miguel David Quintero, Representante de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil.

Doctor Fernando Guzmán, Presidente Federación Médica Colombiana.

Doctor Carlos Leal Angarita, Presidente Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR).

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras, honorables Senadores, citados e invitados.

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, altamente agradecerá la puntual asistencia, para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.

El Presidente

Édinson Delgado Ruiz.

El Vicepresidente

Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

El Secretario General,

Jesús María España Vergara

Comisión Séptima del honorable Senado de la República.

Esta audiencia pública contó con la presencia de los siguientes honorables Senadores y Senadoras:

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

Andrade Casamá Luis Évelis

Blel Scaff Nadia Georgette

Delgado Ruiz Édinson

Géchem Turbay Jorge Eduardo

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Uribe Vélez Álvaro.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes durante el desarrollo de la presente audiencia pública, Legislatura 2016-2017, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy buenos días distinguidos y honorables Senadores, Senadoras, gran saludo para todos ustedes, igualmente para los altos funcionarios del Estado, a los representantes de las diferentes organizaciones sindicales, académicas, científicas,

representantes de las instituciones vinculadas al sector de la salud de EPS, IPS; representantes de la Superintendencia, señora delegada, igualmente también mi salud muy especial. Darle a todos la bienvenida a esta audiencia que ha convocado la Comisión Séptima del Senado de la República, cuyo objetivo central es un análisis bastante serio, profundo, en más del Sistema de Salud en Colombia, específicamente del rol de las EPS.

Por lo tanto, señor Secretario, sírvase usted leer el Orden del Día y la temática que vamos a desarrollar y verificar la asistencia para proceder de inmediato al desarrollo de esta audiencia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las nueve y cuarenta y cinco de la mañana (9:45 a. m.), de hoy jueves once (11) de mayo de 2017, por autorización del señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado de la República, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, se procede por la Secretaría de la Comisión a hacer lectura del Orden del Día fijado para esta audiencia pública y a hacer la confirmación mediante llamado a lista de los citados e invitados.

Esta audiencia pública se desarrolla de conformidad con la Proposición número 36 que fue aprobada en la Sesión Ordinaria del martes veintiocho (28) de marzo del 2017, su objetivo principal es escuchar las diferentes posturas del rol que desempeñan las EPS en el sistema de salud colombiano, como punto previo a la radicación eventual de una iniciativa legislativa del honorable Senador Édinson Delgado Ruiz, que será radicada en la próxima legislatura, y el honorable Senador quiere primero escuchar estas posturas antes de oficializar la radicación de esta iniciativa legislativa.

Citados e invitados:

Doctor Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud, confirmaron asistencia, pero no está presente y hasta el momento no hay delegación.

Señor Superintendente Nacional de Salud, se encuentra la doctora Eva Catherine Carrascal, Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional.

Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente de Acemi, delegó en el doctor Fabián Cardona, Vicepresidente de Salud, quien se encuentra presente.

Doctor Bruce Mac Master, Presidente de la ANDI, delegaron en el doctor Carlos Eduardo Jurado Moncayo, Director de la Cámara de Salud de la ANDI, ¿se encuentra el doctor Carlos Eduardo Jurado Moncayo?, no está hasta el momento. Bueno, acá lo registraremos tan pronto esté en el recinto.

Doctora Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de Gestarsalud, confirmó asistencia, nos informan de Gestarsalud que ya está por llegar.

Doctor Juan Carlos Giraldo, Director de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, presente.

Doctor Miguel Ángel Castrillón, Presidente del Sindicato Nacional de Trabajadores del Sindicato del Instituto de los Seguros Sociales, delegaron en el doctor Pedro Contreras, quien a su vez tiene la doble condición de Presidente de Asmedas. Doctor Pedro Contreras ¿se encuentra presente?

Se registra el honorable Senador Álvaro Uribe Vélez, igual que el Senador Jorge Eduardo Géchem Turbay, integrantes de la Comisión Séptima del Senado de la República.

Luz Fanny Zambrano, Presidente de Sintrasaludcol. Presidenta del Sindicato de Trabajadores de Saludcol, se encuentra presente.

El doctor Roberto Bustamante, de Anthoc Bolívar, no se encuentra.

María Doris González, Presidenta del Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social (Sindess), ¿María Doris? Le pedimos excusa a María Doris y a todas las personas que tuvieron dificultades para el ingreso, son propias del sistema, la Secretaría hace los ingresos electrónicamente, pero algunas veces se presentan dificultades con el sistema y les pedimos excusas por el tiempo que estuvieron haciendo fila afuera.

Doctor Luis Alejandro Pedraza, Presidente de la CUT (*intervención fuera del micrófono*), entonces, María Doris hace presencia al mismo tiempo, en representación de la CUT.

Doctor Luis Miguel Morantes Alfonso, Presidente de la CTC. Se encuentra presente.

Doctor Julio Roberto Gómez Esguerra, Presidente de la Confederación General del Trabajo. ¿Se encuentra presente el doctor Julio Roberto? Aquí está presente.

El doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Enviaron en representación al doctor Ricardo Humberto Rozo Rodríguez, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). El doctor Rozo presente.

Doctor Gerardo Campo Cabal, Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Presentaron excusa y delegaron en el doctor Mario Esteban Hernández Álvarez. ¿Se encuentra el doctor Mario Esteban Hernández Álvarez?, bueno, delegado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, hacemos el registro del doctor Mario Esteban Álvarez, como delegado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, presente.

Como hay varias veedurías en salud, el señor Presidente y citante de la audiencia les dio el espacio para que intervinieran todas las veedurías habidas y por haber, entre ellos el doctor José Villamil, que es uno de los Veedores Nacionales

en Salud. ¿Se encuentra el doctor Villamil? Acá está presente.

Doctor Ariel Iván Ruiz Parra, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, que delegó en el doctor Mario Esteban Hernández Álvarez, ya lo dijimos y está presente.

Doctor Andrés Sarmiento Rodríguez, Decano de la Facultad de Medicina Universidad de los Andes. No hay ninguna manifestación de no asistencia y tampoco delegación.

Carlos Alberto Palacio Acosta, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. No hay registros de delegación, ni de excusa.

Doctor Roberto Baquero, Presidente del Colegio Médico Colombiano. Delegaron en el doctor Jorge Diego Acosta, el doctor Jorge Diego Acosta está presente en su calidad de Vicepresidente del Colegio Médico Colombiano.

El doctor Pedro Contreras como Presidente de Asmedas, que ya estaba reconfirmado, tiene doble condición y un solo tiempo no más para intervenir.

El doctor Ricardo Navarro, Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, (ACSC). Presente.

La doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de Acesi. ¿Doctor Leonardo Quiceno Páez?, en representación de Acesi.

La doctora Martha Herrera Olaya, Presidente de la Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística. Confirmó asistencia, pero no ha llegado.

La doctora Ángela Chaves, Presidente Ejecutiva de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras (Fecoer).

Miguel David Quintero, representante de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil. Se encuentra presente.

Doctor Fernando Guzmán, Presidente Federación Médica Colombiana, Fernando Guzmán Mora.

La doctora Carmen Eugenia Dávila, Viceministra de Salud, asiste en representación y delegación del señor Ministro de Salud.

El doctor Fernando Guzmán, de la Federación Médica Colombiana, no hay registro de asistencia, ni delegación.

Carlos Leal Angarita, Presidente de la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes (ANIR). No hay delegación, ¿sí?, confirmamos, hay..., el doctor Carlos Leal Angarita de ANIR, presente.

Óscar Mauricio Lizcano Arango:

La Comisión Séptima, perdón, la plenaria del Senado de la República en el mes de enero, mediante Resolución número 172, designó una Comisión Accidental de Senadores, Senadoras, para hacerle seguimiento al funcionamiento de las EPS, esa resolución emanada de la Mesa Directiva del honorable Senado de la República está

integrada por los siguientes honorables Senadores que fueron invitados a esta audiencia pública:

Honorable Senador Óscar Mauricio Lizcano Arango	No hay asistencia
Honorable Senador Antonio José Correa Jiménez	No hay asistencia
Honorable Senador Faruk Urrutia Jalilie	Nos informan que viene en camino
Honorable Senadora Myriam Alicia Paredes Aguirre	
Honorable Senador Jorge Enrique Robledo Castillo	
Honorable Senador Jorge Iván Ospina Gómez	

Ahí son los integrantes de esa Comisión Accidental.

Siguientes invitados:

Claudia Marcela Rojas, Directora General de la ESE Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Nos confirmaron asistencia y probablemente vienen en camino.

La doctora Eli Xiomara Perea, Subdirectora Técnico-científica de la ESE Federico Lleras Acosta, centro dermatológico.

Doctor Jorge Enrique Enciso, Presidente de la Coalición Nacional de Sindicatos Médicos. ¿Hay una delegación del doctor Jorge Enrique Enciso? El doctor Julián Mora.

La Secretaría aprovecha para hacer la siguiente aclaración:

El doctor Jorge Enrique Enciso en su condición de Presidente de la Coalición Nacional de Sindicatos Médicos delegó al DOCTOR Julián Mora, tengo entendido que él es médico ginecólogo, médico ginecólogo y que tenía una cirugía programada para el día de hoy, para esta misma hora, que le era imposible aplazarla y en razón de ello delegó en el doctor Julián Mora, que se encuentra presente.

La doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar, Personera Distrital de Bogotá. La doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar, Personera Distrital de Bogotá, no hay registro de asistencia.

Luis Alejandro Pedraza Becerra, Presidente de la CUT.

Édgar Rojas del Sindicato de Médicos Odontólogos de Bogotá. ¿Édgar Rojas?, se encuentra.

La hermana María Doris Delgado, la hermana María Doris que nos reclamó mucho que la invitáramos, de Pacientes Colombia, no se encuentra presente la hermana María Inés.

Jorge Romero Cárdenas. Don Jorge, impulsor de la Participación Social y Ciudadana Control Social y Veedurías Ciudadanas de la Gestión Pública a nivel nacional, presente.

La doctora Clemencia Mayorga, integrante de la Sociedad Colombiana de Pediatría,

agradecemos la asistencia de la doctora Clemencia y se encuentra presente.

Óscar Eduardo Forero Niño, de la empresa Productos Roche, Laboratorio Roche pidieron asistencia, se les cruzó invitación, confirmaron asistencia, no están presentes.

Sandra Liliana Nieves Rojas, Asistente Administrativo de la Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística, no se encuentra presente.

La doctora Elisa Torrenegra de Gestarsalud. Hacemos el registro de asistencia de la doctora Elisa Torrenegra.

La doctora Andrea Bibiana Echavarría Naranjo, Gerente de Acceso de la Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística. Tampoco está presente.

Edwin Garay Jaramillo.

El doctor Néstor Álvarez Lara, Pacientes de Alto Costo.

El señor Presidente tiene acá agendado unas tres primeras intervenciones y las tiene previstas con la primera intervención, para que se prepare el doctor Néstor Álvarez, de Pacientes de Alto Costo, primera intervención. Ahora que se proceda el llamado a lista, los que están en las barras les pedimos por favor hacer uso de la cabina de grabación, porque este recinto no tiene acceso directo a esta área; entonces, en la cabina nos van a colaborar cuando acá se hagan los llamados, allá les van a permitir el paso por la cabina y, además, tampoco se manejan micrófonos inalámbricos; entonces, perdonen un poco la incomodidad, pero lo importante es que hagamos el evento.

La doctora Natalia Largo González, de Ecosalud, presente.

Tito Ladino Cruz, de la Confederación de Trabajadores (CTC), pero acá está el señor Presidente de la CTC.

Mirtha Rodríguez Valenzuela, de la Confederación de Trabajadores (CTC), hay toda una delegación acá de la CTC; Nohora Stela Tovar... pero solamente interviene uno por la CTC, el señor Presidente. Nohora Stella, Rosa Elena Pérez, Luz Mary Sánchez, Lina García, Jorge Carrillo, Sita Tinoco, todos son de la CTC que nos pidieron ingreso, pero solamente hay derecho a una sola intervención por la CTC, y le correspondería al señor Presidente de la CTC.

Yolanda Corzo Mariño nos pidió el ingreso vía electrónica y se les concedió y está presente.

Martha Isabel Osorio Ariza pidió ingreso electrónicamente. Martha Isabel Osorio Ariza, electrónicamente nos pidió ingreso y se le concedió, no está.

Aura Sofía Roa, líder de aseguramiento Gestarsalud, invitada.

Andrea Charry, de Gestarsalud.

Fabio Enrique Miranda, Director, Presidente, Gerente de EPS Mallamas o Mallamas EPS Indígena, presente

La doctora Lina Catherine Baracaldo Moreno, de la misma EPS, presente.

El doctor Gilberto Quinche Toro, Gerente General del Sector Salud de Coomeva, presente, fue de los primeros que llegó y me llamó porque no lo dejaban entrar.

Juan Camilo González, de Jurídica Coomeva.

Eduardo Carmelo Padilla Hernández, Director Nacional de Asored (Red Nacional de Veedurías), no está presente al momento.

La doctora María Doris González, ya la habíamos llamado.

María Angélica Quiñones Sandoval, de Sindess Nacional. Presente.

Alberto Bravo Borda, Presidente Ejecutivo de Asinfar, organización que aglutina a las farmacéuticas nacionales, contraparte de Afibro, el doctor Alberto Bravo Borda no está presente.

Jorge Augusto Correa, asesor de Asinfar, no está presente.

Haydee Carolina Rodríguez, de Sinaltraeses.

Luz Amanda Sierra, Inaltraeses.

Jorge Ignacio Peña, Inaltraeses.

Señora Nancy Wilches, Presidenta de Sinaltraeses. El señor Presidente la tiene dentro de las tres primeras intervenciones, para que se preparen, por favor.

María Angélica Quiñones Sandoval, de Sindess Nacional.

Julián Andrés Mora, delegado de la Coalición Nacional de Sindicatos Médicos en Salud, que ya lo habíamos llamado.

Y la doctora Cindy Bibiana Rodríguez, que viene también en representación de la misma organización. ¿Está la doctora Cindy?, no está.

El doctor Sergio Durán de la Asociación de Egresados...

Llegó el doctor Eduardo Carmelo Padilla Hernández, de Asored (Red Nacional de Veedurías), acá se le registra como asistente en este momento.

El doctor Sergio Durán, de la Asociación de Egresados de Universidad de Antioquia, está presente.

Señor Presidente, honorables Senadores, este es el registro que ha hecho la Secretaría de los citados e invitados, deben entender que para estos eventos que concitan tanto interés, finalmente hay algunas personas, entidades, que piden el ingreso, se les hace, les pedimos excusa si algunos no han sido llamados a lista, en tal evento les pedimos que se acerquen a la Secretaría, acá haremos el registro y quedará constancia en el acta.

Señor Presidente, hace su arribo a este recinto de la Comisión Séptima de la Cámara, la honorable Senadora Nadia Georgette Blel Scaff, integrante de la Comisión Séptima del Senado de la República. Hay quórum deliberatorio para la Comisión Séptima del Senado hasta ahora, señor Presidente.

Leído el listado de citados e invitados, leído el Orden del Día, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, muchas gracias señor Secretario. Entonces, vamos a dar inicio a esta audiencia, reiterando que los honorables Congresistas Senadores en el momento que deseen pueden solicitar el uso de la palabra con prelación, pero independiente de ello, vamos a seguir un esquema metodológico en la que con base en los diferentes representantes de entidades que están aquí presentes, vamos a definir unos tiempos para sus intervenciones; si se requiere un tiempo adicional, pues evidentemente lo concederemos. Vamos a tener una sesión aproximadamente de unas tres horas, que esperamos pues que al final podamos sacar algunas conclusiones.

Como mencionábamos, el objetivo central de esta audiencia es poder escuchar desde un punto de vista académico, analítico, científico de alguna manera, las posiciones de las entidades que están involucradas, que hacen parte del sector salud en Colombia, sobre todo porque pues en los últimos años se han desarrollado algunas normas en Colombia, algunas leyes, otras han fracasado en el trámite en el Congreso de la República; recientemente se aprobó, se sancionó la Ley Estatutaria en Salud, con base en ello, el Ministerio de Salud viene realizando algunas modificaciones, ajustes, reglamentaciones, y como tal, precisamente por ser reglamentaciones por medio de resoluciones, pues lógicamente obedecerán a cambios en el tiempo, de acuerdo pues a muchas circunstancias.

A estas alturas pues hemos considerado, y personalmente el suscrito, de poder analizar algunos elementos centrales que tienen que ver, insisto, con el rol de las EPS, teniendo en cuenta que hacen parte de todo el sistema como tal, en que tienen pues un rol fundamental en todo el proceso y que precisamente de acuerdo a muchos análisis, a estudios y demás, yo creo que es bien importante que reflexionemos, que analicemos todo lo que concierne a este rol y precisamente se está, se tiene planificado presentar un proyecto de ley al Congreso de la República en torno a este rol, y por eso es fundamental escuchar a la comunidad, escuchar a todos los sectores.

Les voy a hacer una pequeña introducción, para luego dar apertura al diálogo, a las intervenciones en esta importante audiencia.

Personalmente yo he sido del concepto de que no puede haber contradicción entre lo público

y lo privado, entre las iniciativas privadas y lógicamente el bienestar de una comunidad; todos los días estamos en esa búsqueda, de una sociedad en la que podamos armonizar estos intereses, y a través del tiempo y a través de la historia me ha demostrado que es viable armonizar precisamente la función y el rol que deben tener cada uno de estos sectores y actores en la sociedad y especialmente en la sociedad colombiana. Y por lo tanto, el análisis que hemos venido realizando no va en contra del sector privado, todo lo contrario, hay que motivar, hay que impulsar la iniciativa privada, la iniciativa de generar creatividad, de generar transformaciones en la sociedad, de dar esa oportunidad precisamente, a que todos estos sectores nuestros, de nuestra sociedad, puedan aportarle al desarrollo de la misma. Y por eso consideramos que a través de esta motivación permanente que debe realizar la sociedad, de generar, de transformar los medios, los recursos que tiene a la mano, los recursos que dispone la sociedad, es la que va a permitir cada día engrandecer más a nuestra población, engrandecer más a nuestro país, esto es importante precisarlo, porque de eso se trata.

Evidentemente, en la medida en que todas esas iniciativas funcionen, avancen, progresen, puedan realizar más sus proyecciones, pues lógicamente va a permitir mayor crecimiento desde el punto de vista económico, desde el punto de vista de su producto interno bruto y esto, de alguna manera, se debe irradiar, y se irradia en la sociedad. Lo que estamos buscando es que precisamente en la medida en que el país cada día genere mucha más riqueza, pues esta riqueza, de alguna manera, le llegue a todos los colombianos y permita que al final el último de los colombianos pueda vivir con dignidad, esa es como la esencia de todos estos procesos nuestros, de toda esta serie de análisis que hemos venido realizando al interior de la Comisión Séptima.

La Comisión Séptima es una Comisión que se ha caracterizado por una especie de diálogo, de discusión, de análisis con mucha profundidad, con mucho respeto hacia las ideas y siempre en lo posible se busca lograr consensos en torno a los diferentes temas, en torno a los diferentes proyectos, a las temáticas que se discuten en la misma, y esta es un pilar muy importante en la Comisión Séptima, la cual precisamente me siento orgulloso por esa forma como se vienen realizando las discusiones, los diálogos al interior de la misma.

Aquí, en líneas generales, estamos revisando un poco todo lo que tiene que ver con los sistemas de salud en el mundo, de alguna manera esto es con base en el análisis que ha hecho la Organización Mundial de la Salud y en la que para poder determinar, de alguna manera, esta relación que ustedes ven allí, en la cual se indica del 1 al 190 de acuerdo al renglón que ocupa cada uno de los países con respecto a qué grado de satisfacción

tienen estos sistemas en salud, pues hemos retomado algunas síntesis del mismo estudio de la OMS y allí analiza básicamente, la OMS, estos elementos para poder determinar cuál sistema es mejor que otro, y como ustedes miran allí, el nivel global de salud de los habitantes, las desigualdades en la calidad de la salud de su población, el nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud, que es una combinación entre satisfacción del paciente y que también funcione el sistema; igualmente, la distribución de la capacidad de respuesta, una percepción que tiene la gente con los diferentes niveles económicos, sobre todo cómo son atendidos por el sistema y la distribución de la carga financiera del sistema, es quién paga.

En Colombia conocemos claramente que el pago, pagarían por un lado los trabajadores, los empresarios, por otro lado, cuando son independientes, es totalmente el trabajador independiente, y el Estado a través del prepuesto en el caso en Colombia. Entonces, en la primera filmina nos muestra allí unos indicadores de estos sistemas, ubicando a Francia, Italia, como los mejores sistemas en salud, y aparecen dos países, tres países pequeños como San Marino, Andorra, Malta, que entonces, cuando uno analiza, son países que el gasto en salud es casi similar a Colombia; es diferente a Francia, Italia, que lo muestra más adelante; Singapur, España, que es un gran referente nuestro y así sucesivamente. Pero ahí miramos el caso de Estados Unidos y de Colombia, de acuerdo a esta clasificación que hace la Organización Mundial de la Salud, Colombia está por encima en materia de sistemas, de mejores sistemas que Estados Unidos, con una diferencia en gastos de salud abismales, también lo vamos a ver más adelante; entonces, es bueno, muy importante este elemento que nos indica allí esta clasificación de la Organización Mundial en Salud.

En lo que tiene que ver con el gasto en salud referidos al PIB, allí tenemos también unos elementos importantes, todo esto nos sirve, insisto, para los análisis que hemos venido realizando y lo que tenemos que realizar hacia adelante; ahí está la evolución de Colombia, del porcentaje del PIB en gastos en salud, ha gastado 76 en 2010, 7.2 en 2014, son los datos oficiales que se tienen y nos hemos referido más a estos datos oficiales estadísticos del Banco Mundial, para que podamos tener una percepción de lo que está sucediendo alrededor del mundo; Alemania el 11.2, Argentina 4.7, Australia... Estados Unidos el 17.1 del PIB. Ya ustedes conocen la dimensión, el tamaño del PIB de Estados Unidos, el 17.1 es el gasto en salud, pero, obviamente, en la clasificación que realiza la Organización Mundial no está por encima de Colombia, son como contradicciones, ahí ustedes entenderán el tema del Obamacare y otra serie de discusiones que se han venido dando en Estados Unidos. España que es también, insisto, un referente muy cercano, está con el 9.03%; y al

lado está pues lógicamente la población estimada de cada uno de estos países, que son datos muy importantes, insisto, en los análisis.

Ya en el caso colombiano, miramos cuántos afiliados hay en Colombia, en el Sistema General en Salud; Colombia adoptó el esquema de aseguramiento a partir de la Ley 100, referente aquí autor ponente, el doctor Álvaro Uribe, quien hace parte de nuestra Comisión, que precisamente con sus aportes siempre nos ha coadyuvado a engrandecer mucho esos análisis, y, evidentemente, este modelo de aseguramiento es un modelo que ya se acendró en nuestro país, en Colombia, o sea que antes había una combinación, antes del año 93, una combinación de aseguramiento, sobre todo a través del Seguro Social, aseguramiento, de alguna manera a través de algunas entidades como Cajanal, Caprecom, en esa época, y estaba por otro lado todo el sistema de beneficencia, que eran los hospitales públicos; entonces, esto cambió y hoy en Colombia estamos bajo el modelo de aseguramiento, es un modelo que cuando nosotros lo analizamos con respecto a cómo opera el sistema en salud en otros países, pues existe combinación de algunos países, otros tienen el modelo de aseguramiento que ha dado resultado. Yo soy de la tesis que hay que mantener este modelo aseguramiento, lo que hay que hacer precisamente son ajustes, tomar decisiones fuertes, de alguna manera, en algunos casos revolucionarias, que podamos mencionar pero que evidentemente ese modelo de aseguramiento bien manejado puede dar resultados.

Cuando miramos lo del gasto en salud en Colombia, nos da aproximadamente un gasto per cápita de más o menos 1.000.000 de pesos anuales por habitantes en Colombia, da 300 dólares aproximadamente, 300 dólares. Aquí hay una discusión que hemos tenido, algunos dicen “no, ese es un valor muy bajo, muy pequeño”, algunos sectores; otros sectores dicen “es un valor moderado”, es un valor que si se aplican muy bien los recursos, si se optimizan muy bien los recursos, puede garantizarle al colombiano un buen sistema, prevención, promoción; si se enferma el diagnóstico, el tratamiento, con todo lo que eso implique, la curación, y ya en casos, los paliativos que requiere el ciudadano, el colombiano; eso es una discusión, pero insisto, la mayor parte coincide en que, no obstante, aparentemente, al ser relativamente bajo con los promedios mundiales, es un recurso que muy bien aplicado al estilo colombiano, puede ser suficiente para garantizar una salud decorosa, como todos queremos.

Y aquí tenemos, en el caso de los regímenes: el Contributivo, Régimen de Excepción y el Régimen Subsidiado. Está distribuido: 21 millón –este es en febrero del 2017– 21 millones de habitantes, 2 millones para los regímenes excepcionales y el Subsidiado 22 millones; casi siempre hemos estado a la par Subsidiado y Contributivo.

¿Qué es lo ideal, también en una sociedad? Lo ideal es que el Régimen Subsidiado sea bajo, es lo ideal, pero para que sea bajo tenemos que formalizar, tenemos que hacer muchos cambios en la sociedad, que es otro de los dilemas que tenemos, la informalidad en Colombia es alta, y cuando uno observa las cifras en el tiempo, uno observa que este porcentaje de informalidad esté disminuyendo, por el contrario, se mantiene y a veces tiende a subir. Inclusive estábamos mirando hace poco las cifras en lo que tiene que ver con la parte de pensión de los inscritos, precisamente en el sistema de pensión en Colombia y los activos de 20 millones de trabajadores inscritos o afiliados al sistema en pensión, solamente 10 millones son activos, casi más del 50% son inactivos y todo eso es un tema de informalidad, entonces, es de los retos que tenemos en Colombia.

Estamos en una discusión, que vamos a tener allí en la Comisión Séptima con respecto al aumento del recargo nocturno, esa es otra discusión que tenemos de una manera muy cerca, y ahí hay toda una discusión que la vamos a dar, no es el momento aquí de plantearla, pero se dan allí los temas y todo está muy referido a estos elementos de informalidad en Colombia.

Pero esta es la realidad colombiana, como ustedes observan, del 2015 al 2017 los cambios realmente no han sido unos cambios fuertes, contundentes, que podamos decir “esto está cambiando, está modificándose”, sino todo lo contrario, ustedes pueden observar allí, se mantienen la tendencia. Nosotros tenemos una inercia en la sociedad colombiana, una inercia en la economía, una inercia en todos los temas que uno los ve reflejados en cualquiera de los indicadores, y aquí este indicador es clave, esa es la realidad de Colombia, no hemos logrado tener cambios fuertes, profundos, que diga: Colombia está ya pasando a otro escenario, a otra etapa, a otro estadio, no. Esta es la realidad colombiana en la que estamos viviendo.

Entonces, tenemos nosotros a febrero 45.971.829, este es dato dado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, inclusive veíamos cómo está un poco menor a febrero, cuando hacemos el corte; me imagino que es parte de la dinámica de la operación como tal, pero al final, estamos en líneas generales.

Claro, nosotros ahí podemos concluir, es importante, el modelo de aseguramiento ha permitido que hoy casi todos los colombianos, tenemos una población de 47 a 48 millones de habitantes, de los cuales 46 millones tienen, de alguna manera, un seguro, podemos decir hay un aseguramiento universal, eso es un avance importante en Colombia y eso hay que recalcarlo; claro, hoy todos los colombianos tienen de alguna manera un aseguramiento.

Estos días estábamos en unas universidades y en unas escuelas y le pedí a los estudiantes que

alzaran la mano quién no tenía aseguramiento, nadie me alzaba la mano; hace años, pues la situación era diferente, hemos avanzado en eso, pero lógicamente están los otros problemas que tienen que ver con el acceso, con la calidad, que es prácticamente una de las razones que nos tiene aquí.

En esa línea, en Colombia, después de una serie de cambios, de ajustes, de decisiones, hoy tenemos esta realidad desde el punto de vista de EPS, del Régimen Subsidiado 31, del Régimen Contributivo 13, entonces, llegamos a tener casi 88 más o menos, es una proliferación que había en Colombia de EPS; todo el mundo montaba EPS, era una cosa impresionante, y antes del 98 eran más de 200, antes eran más de 200, era una cosa impresionante en Colombia. Bueno, por lo menos en esto yo creo que demuestra que se ha avanzado bastante, en darle mucha más objetividad, responsabilidad a quienes tienen precisamente una de las esencias de este sistema de aseguramiento que son las EPS, ahí están los afiliados. Tienen que trabajar en la prevención y en la promoción... que hay una... en Colombia hay una dicotomía, no está muy claro hasta dónde yo... quién responde en prevención y promoción: si los agentes territoriales o las EPS; no hay una precisión, ni hasta dónde llega la responsabilidad del uno o del otro, en términos de estos dos elementos claves: prevención y promoción.

Y hemos traído pues también unos datos, insisto, para información, creo que la mayor parte de ustedes los conocen, pero allí tenemos las EPS en orden a la población y que están afiliadas; Cafesalud, 5.422.000 entre el Contributivo y el Régimen Subsidiado de Cafesalud, que tenemos pendiente también en la Comisión Séptima unas discusiones, debates en torno a esto, que cuya situación ha sido bastante delicada y crítica en Colombia con respecto a Cafesalud, todo lo que sucedió hacia atrás en el tema de Saludcoop, las responsabilidades, la liquidación, todas estas cosas, intervención y demás, pero esta es la realidad hoy. La Nueva EPS, 4 millones; sigue Coomeva, con tercero, 2.700.000; Suramericana 2.400.000; Salud Total 2.400.000 alrededor; y de allí hacia abajo podemos nosotros mirar, de Acemi, Sánitas, etc.

Continuamos, y me tomé la tarea de presentarle, insisto, yo creo que la mayor parte de ustedes conocen estas cifras, pero es importante, esto es como la relación de las principales EPS, están allí muy relacionadas con el número de afiliados, hasta la 203, que es la Caja de Compensación Familiar de Cartagena.

En el tema de las EPS hay algo en la sociedad colombiana, por todo lo que ha pasado y que lo vamos a mirar, en el tema de quejas, reclamos y demás, es un término que está hoy satanizado en Colombia y esto, si uno hace unos sondeos de opinión o consultas frente a la opinión pública, allí salta; conocidos en los últimos meses,

los resultados en los sondeos de opinión de grandes firmas, principal problema de todos los colombianos: el tema de salud, el primero por encima inclusive de la corrupción, parece mentira. Claro que luego uno asocia salud-corrupción y, bueno, todas esas cosas, pero principal: eso. Segundo, el tema de empleo. Y cuando va mucho más allá, todos los problemas en salud se asocian al término EPS, hay un tema que está satanizado, es decir, un tema de reflexión, inclusive, insisto, para las EPS de los dos regímenes, Contributivo y Subsidiado, porque está satanizado este tema, es un tema complicado quitarlo de la mente de los colombianos, ¿por qué?, a raíz de todo lo que ha pasado, en la existencia de este modelo, insisto, que hemos orientado en Colombia.

Y de alguna manera estos datos son importantes porque también van a aflorar en la discusión, el tema del recurso humano es esencial, que son los médicos, 92.470 entre médicos generales y especialistas, de los cuales 21.643 son especialistas. Tenemos otra discusión en Colombia, si es un número suficiente de especialistas o no; de acuerdo al promedio de las cifras, también que se manejan a nivel mundial, estamos bajos, por debajo del promedio mundial, pero algunos manifiestan es que depende de la especialidad y algo que se agrava más cuando nos miramos desde el punto de vista regional, inclusive en unas consultas que realizamos, es dónde están ubicados los médicos, los especialistas, ese dato estadístico no se tiene oficialmente, no hay un dato estadístico para decir “hay tantos en el Eje Cafetero, tantos en el Valle, etc.”, y en eso tenemos que afinar mucho, bastante, en términos de la parte de información.

Y aquí ustedes ven los datos de las diferentes especialidades en Colombia, y podemos generar toda una serie de inferencias al interior de estas cifras; conocemos regiones de Colombia, yo uso un término: “*Es exótico encontrar un especialista en regiones en Colombia*”, exótico, se vuelve exótico encontrar especialistas en Colombia por la forma como pues además de las dificultades y en cuanto al número de especialistas, la distribución geográfica.

En esa línea nosotros empezamos a analizar frente a lo que opina el colombiano con respecto al sistema en salud, a los niveles de satisfacción, los números, las estadísticas, y aquí tenemos las quejas contra las EPS en el tiempo. Con base en los datos que nos ha entregado el Ministerio de Salud, Superintendencia y Defensoría del Pueblo: 2012, 474.000, Ministerio de Salud; Superintendencia 203.000; Defensoría del Pueblo, 1.669 quejas, no tutelas, las tutelas las vamos a ver también más adelante, y allí miramos nosotros año por año y las acumulamos. Hemos llegado a unos niveles pico, las cuales lógicamente 2016, 2017 no las hemos sumado en totalidad, porque por parte del Ministerio de Salud no nos entregaron la información, pero de todas formas he respetado,

pero... años pico de un millón de quejas, un millón de quejas, 2014; 2015, 1.249.000 quejas. Y aquí miramos, a margen inferior izquierda, por régimen y por EPS, también números importantes del 2002 al 2017, y hacia la derecha ya las diferentes EPS de acuerdo pues a la información que nosotros pudimos obtener.

Yo quiero decirlo con toda claridad, aquí en Colombia hay EPS que en la clasificación que se hace marcan muy bien, el problema es que de las 44, las que marcan bien son pocas, porcentualmente hablando, ese es el tema, el gran dilema. Y cuando miramos el porcentaje que representan las que marcan bien o bastante bien, desde el punto de vista de afiliados, no representan pues el universo o gran parte del universo de los afiliados, que es un tema importante. Esto es bueno mencionarlo y dejarlo con toda la claridad frente a ustedes.

Y en el tema de tutelas, que es bien importante, estos son datos de la Defensoría del Pueblo: número de tutelas 2014: 118.000; 2015: 151.213 tutelas. Y allí la Defensoría nos relata o nos relaciona las causas de las tutelas, los motivos: problemas de tratamiento, medicamentos, citas médicas, etc., etc.

Y de todas formas, en el siguientes cuadro es, bueno, la Superintendencia en Salud... en la 1438 nosotros inclusive le reformulamos totalmente lo que era la concepción, la estructura, la operatividad, la Superintendencia en Salud, para darle más dientes, inclusive le dimos facultades jurisdiccionales a la Defensoría, a la Superintendencia de Salud, funciones jurisdiccionales las tiene. Pues aquí hay un dato que es bien interesante: sanciones contra EPS, desde el 2012 al 2016: 515 sanciones; en términos de valor, de esas sanciones, \$52.000 millones de pesos; en estos cinco años el número de sanciones: 1.016 sanciones por un monto de 126.000 millones. Y abajo en la margen derecha, abajo tenemos las sentencias y los fallos que se han generado por parte de la Superintendencia en Salud.

Otras de las conclusiones es que hemos sacado en el estudio, es que definitivamente todavía le falta más fuerza, más músculo a la Superintendencia con respecto a la responsabilidad que tiene con el sistema para que este opere como todos soñamos.

Motivos de quejas, centralmente tres: falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada; entonces ahí nos preguntamos, ¿son suficientes los médicos especialistas?, ¿no son suficientes?, ¿está mal distribuido?, ¿qué está pasando en el sistema?, ¿qué está pasando en este punto?

Y cuando miramos porcentualmente, la mayor parte de las quejas están allí, la mayor parte de las quejas; sigue, falta de oportunidad para la prestación del servicio de imagenología, allí está; y una tercera, falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no Pos, no Pos. Entonces esta

es la realidad colombiana, entonces una pregunta ¿nos quedamos quietos?, ¿nos cruzamos de brazos?, ¿dejamos que esto pase?, hasta dónde va a llegar Colombia si no planteamos cambios profundos, cambios sustanciales en el sistema en salud en Colombia. Son de los grandes retos y de las grandes reflexiones que tenemos que hacer, de verdad, con toda la honestidad, con toda la sinceridad tenemos que vencer los colombianos si queremos que esto cambie. ¡Ah! si no queremos que esto cambie, el *laissez faire*, *laissez passer*, dejémoslo que pase, no se sabe al final qué pueda suceder en una sociedad. No, pero nuestra responsabilidad, la responsabilidad del Congreso de la República, la responsabilidad de los miembros de la Comisión Séptima, precisamente de hacer un análisis profundo y plantear alternativas, plantear soluciones. Esto que estamos discutiendo es lo que va a suceder, lo que pueda suceder, las conclusiones, insisto, no va en contra de nadie en particular, la idea es que todos avancemos, que todos estemos bien, que todos podamos lograr un país con mayor armonía.

En esa línea, hay unos temas que estamos planteando, cuando son eliminaciones en algunos colegios, algunos miembros de EPS que yo he visitado y he dialogado con muchos Directores, Gerentes de EPS, me dicen “no Senador, es que usted está proponiendo acabarnos”, no, todo lo contrario, les estamos hablando de los roles, sí, hay que modificar rol mediante una discusión abierta, así sincera de cara al país, que de eso se trata, de cara al país. Entonces, por ejemplo, en unos de los temas es los recursos, ¿quién administra los recursos?, ¿quién va a manejar los recursos?, ya sabemos todo lo que ha pasado, la historia, lo del Fosyga, lo de hace unos años, todo lo que vivió Colombia en el manejo de los recursos en el Fosyga, el abuso que hubo en este país con referencia de esos recursos, entonces es hora también de decir “bueno, hay que cambiar aquí en el país, en Colombia en el manejo de los recursos”.

En el Plan de Desarrollo se avanzó en términos de crear la Adres, en eso ya se ha avanzado que es muy importante, el Gobierno está implementando todo el proceso de manejar todo el recurso, esa es la responsabilidad. En una de las reformas que se hundió en el Congreso, estábamos planteando nosotros precisamente crear el famoso MIA ¿no era?, el país es ahora después, en esa época creamos el gran fondo que lo queríamos manejar, Salud MIA, sí, que lo queríamos era darle un manejo a estilo Banco de la República, con toda la responsabilidad, toda la técnica porque son 48, 50 billones de pesos que administran en salud en Colombia, entonces se quería darle un manejo de ese nivel con una responsabilidad. Porque si yo parto de la base, el responsable de garantizar la salud a cada uno de los colombianos es el Estado, el Gobierno es el responsable, es el responsable, esa responsabilidad la puede delegar y mirar hasta

dónde se delega, pero él es el responsable y si cada uno tiene aseguramiento y como Estado yo tengo que asegurarle, precisamente, a ese colombiano una excelente salud.

Entonces frente a esto, en el tema de recursos está el Adres que es un tema que me imagino que el Ministerio luego le planteará qué tanto ha avanzado y se habla de creación de gestora, esto inclusive en la ley Estatutaria está planteado allí, de la Gestoras, está planteado en la ley Estatutaria, que era un tema que lo habíamos trabajado, que además quiero decir, esto que estamos hoy presentando no es producto de algo que ha salido de la noche a la mañana, también parte de muchos estudios, de reuniones, audiencias por todo el país, con algo muy singular y particular en conclusión que he casado, en todas las audiencias por lo general cuando habla cada uno de las Entidades importantes claves en el sector de la salud, uno escucha y uno observa que cada uno se pone un sombrero y siempre he hablado del problema de los multicolor y cada uno cuando interviene, el color del sombrero es diferente, casi nunca coincide la participación del usuario, la participación del representante de las EPS, la participación del Gobierno, la participación de la academia, cada uno casi nunca se coincide, multicolores por el tema de los intereses, entonces es algo que tenemos que ver cómo orientamos todos hacia un mismo lado. Insisto, cuando yo hablo del sector privado, tengo una gran discusión en el tema del sector privado ¿sí?, la lógica del sector privado es la utilidad maximizar utilidades, beneficios, pero todo tiene unos límites, todo debe tener unos límites y más en un sector tan clave para una sociedad como es el sector de la salud porque está la vida, otros parámetros tienen que jugar ahí, ahí no puede jugar únicamente el parámetro utilitarista porque si manejamos el parámetro utilitarista, definitivamente pues los resultados son nefastos para la sociedad. Entonces todos los que intervienen, intervienen en el sector de la salud tienen que, en su forma de accionar, en su pensamiento, manejar otro concepto allí, es supremamente importante, un tema de beneficio social y eso tiene que estar allí la responsabilidad social.

Entonces en esa línea, se está hablando de las gestoras porque no manejarían los recursos, porque aquí hay un problema, la EPS tiene por un lado esa responsabilidad financiera y por otro, la responsabilidad en lo que tiene que ver con la parte de salud, el riesgo en salud y el riesgo financiero, entonces eso genera una dicotomía muy complicada que hasta ahora, en general, las EPS no han podido resolver, es un problema que en ciertos momentos son como contradictorias, yo tengo que garantizarle a usted una excelente salud pero a su vez tengo que garantizar que financieramente sea sostenible. Entonces hay un problema que tenemos que resolver nosotros los colombianos con ese presupuesto que hemos

hablado del gasto en salud de 300 dólares, los 300 dólares tenemos que resolver el problema de los riesgos en salud y el riesgo financiero y allí encontramos que en la mayor parte de las EPS se encuentran en una dicotomía que hasta ahora no se ha podido resolver y máximo cuando encontramos todos los problemas que sucedieron con lo del Fosyga, las deudas, el no Pos, que fue otro tema complicado, no quisiéramos vivir más esa historia en Colombia del desorden que hubo en el manejo del no Pos. Esta es la altura en que casi nadie tiene datos exactos en Colombia, nadie tiene datos exactos de qué es lo que se debe en el sistema, no hay unas cifras exactas... todavía se están poniendo de acuerdo, en Caprecom, por ejemplo, sé que todavía algunos están disgustados por los acuerdos que llegaron para definir esas deudas que habían, las IPS lo habían planteado, las EPS, etc., entonces aquí son temas que tenemos que resolver en Colombia, insisto, si queremos un sistema en salud que todos nos podamos sentir muy bien.

Aquí viene el tema del recurso humano del médico, ya por ahí tuve la oportunidad de leer algunas recomendaciones que se están dando en la formación del médico general, un médico con mayor capacidad resolutive quien es también por todo el sistema, consciente e inconsistente hemos fallado, la capacidad resolutive del médico, yo no soy médico, médica es mi señora, pero ¿sí?, el médico general siempre de una vez lo envía al especialista, toda esa capacidad resolutive se ha perdido, se ha perdido el tema del médico familiar, son temas para retomar en un modelo que, insisto, conlleve a otras cosas.

Los temas de las tarifas, eso también, el Ministerio, esto tiene que definirse, cómo va a manejar el tema tarifario de las prestación de los servicios, de las IPS, que además yo quiero reconocer, en Colombia a nivel de IPS tenemos un nojau, se ha ido avanzando bastante, tenemos muchos ejemplos en Colombia de excelentes IPS, excelentes, inclusive que en algunos sitios de Colombia se están construyendo grandes complejos integradores, eso es bueno, pero aparte de eso está otro sector de IPS con todas las dificultades, con todos los problemas y aquí juega el tema de los hospitales públicos, ¿nosotros definitivamente vamos a construir un modelo para acabar con los hospitales públicos?, esto hay que decirlo al país o por el contrario, hay que sostener los hospitales públicos, hay que hacer las reingenierías pertinentes, los ajustes internos porque obviamente lo público y lo privado puede ser eficiente y debe ser eficiente, esa la contradicción que a veces se tiene, que lo público no puede ser eficiente, claro que puede ser eficiente y tiene que ser eficiente, eso también tiene que hacer parte de la cultura en Colombia, lo público tiene que ser eficiente, de calidad, eso tiene que ser así. Entonces ese un tema que también hay que trabajarlo y por eso cuando hablamos de tarifas involucra todos

estos elementos y hablamos del fortalecimiento del talento humano y de la Superintendencia Nacional en Salud.

Voy a proponerle a los colombianos esto, elevar a delito de lesa humanidad todos los actos de corrupción que se cometan dentro del sector salud, elevar a delito de lesa humanidad, voy a proponer eso aquí en el Congreso de la República y ojalá mis colegas Senadores, Senadoras, el Gobierno me acompañen en esta propuesta, endurecimiento de las sanciones en todos los delitos de corrupción que atenten contra la salud, también les voy a pedir que me acompañen en esto, les voy a pedir que me acompañen en esto porque hay que enviar ya señales claras y contundentes a la sociedad colombiana. El niño, el joven desde pequeño se dé cuenta que la sociedad sanciona drásticamente y ejemplarmente a quien comete actos de corrupción, yo creo en el sistema de la cultura en contra de la corrupción es fundamental, es fundamental e igualmente todo el tema punitivo y en esto no podemos fallar aquí en Colombia y desde este escenario, aun con todos los cuestionamientos que hay sobre el papel de los Congresistas, con todo el cuestionamiento que hay, fallas en algunos casos, en otras cosas infundadas, etc., aun con todo esto, aquí en el Congreso se respira trabajo serio, decente, honrado, con las fallas que puedan haber.

De verdad yo lo quiero decir porque en estos seis años que llevo aquí en el Congreso me consta, hay fallas como evidentemente en todas las instituciones nuestras, privadas y públicas hay fallas porque hemos fallado, todos en la sociedad hemos fallado; aquí esto que se hace en los últimos años en los cuales yo no soy el culpable, el culpable es él, o los culpables son los políticos, todo se dedica a los culpables son los políticos, yo no soy culpable, están cometiendo un error gravísimo en la sociedad, yo no soy culpable, los culpables son los políticos, únicamente los políticos, todo lo malo que pase, los políticos, es un error de la sociedad, ya cada uno tenemos que hacernos un examen interno de contrición, serio, que nos revisemos toda la sociedad para poder construir, insisto, una sociedad diferente. Aquí hay una máxima, en la siguiente, no se trata de añadir vida a los años sino años a la vida. Muchas gracias. Me excusa, no se puede aplaudir aquí.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Los aplausos, están restringidos.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias. Sí señor Secretario, continuamos. Bien, iniciemos Secretario, cinco minutos cada uno de los que vamos a mencionar, luego vamos a darle la oportunidad de todos los sectores que representan poder dirigirse aquí a los miembros de esta Audiencia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Presidente, en ese espíritu democrático que tiene y que le asiste y que demuestra, concederá cinco minutos por intervención y en caso extremo, dos minutos adicionales, seremos estrictos en el manejo del tiempo, a los siete minutos con los dos minutos adicionales quien no haya terminado, pediremos que se le corte el sonido porque es que todos desean intervenir, todos los que están aquí vinieron con la intención de intervenir y el tiempo no lo va a permitir. Al Gobierno, el señor Presidente le va a dar un tiempo mucho más largo, a Acemi que es la representatividad del sector Contributivo le va a dar un tiempo más largo, a Gestarsalud por la representatividad en el Régimen Subsidiado le va a dar un tiempo más largo, pero al resto se le va a dar cinco minutos y máximo dos adicionales.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Iniciamos con Néstor Álvarez, en representación de pacientes de alto costo. Y quiero que no perdamos como el norte de la discusión, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Antes que intervenga el doctor Néstor Álvarez, la Secretaría de la Comisión deja constancia de la asistencia de uno de los integrantes de la Comisión Accidental designada por el señor Presidente del Senado, al seguimiento y funcionamiento de las EPS, está presente el doctor Faruk Urrutia miembro de esa Comisión Accidental, quien se encuentra presente. De igual manera, parece que hay una situación con el Colegio Médico, la Federación Médica Colombiana, perdón, Federación Médica Colombiana, por alguna circunstancia hace unos diez minutos el señor Presidente de la Federación Médica estuvo fuera del edificio, parece que no lo dejaron ingresar, hubo dificultades en su ingreso, pero en su representación va a intervenir el doctor German Fernández, que se encuentra presente allá al fondo, esa son las aclaraciones de Secretaría.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Tiene la palabra, doctor Néstor Álvarez.

Paciente Alto Costo, Néstor Álvarez Lara:

Muchas gracias por la oportunidad...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

El sonido por favor, húndale allí (intervención fuera de micrófono) acá, reubíquese acá, por favor.

Representante de Pacientes de Alto Costo, Néstor Álvarez Lara:

Bueno, muy buenos días para todos, muchas gracias al Senador Édinson por dar la oportunidad a Pacientes. Hace un mes escribí una columna sobre la muerte y me causó tanta impresión la muerte porque hacía 17 años no la enfrentaba, la enfrenté yo mismo como paciente, la superé, pero

la muerte de Cecilia me hizo ver lo insensibles que nos hemos vuelto hasta uno mismo como activista ver pasar la muerte por el sistema de salud cuando es algo que es como incompatible. Y ¿por qué me llamaba la atención?, porque es que Cecilia muere esperando una autorización y logramos una autorización y cuando conseguimos la otra, llamo al familiar a decirle que ya nos autorizaron y me dice “Cecilia murió a las cinco de la mañana (05:00 a. m.)”; la pregunta es ¿Cecilia debió de haber muerto?, ¿por qué debió haber muerto? ¿Cómo debió haber muerto? Y me cuestionaba la falta de dolor que nos hemos vuelto con los muertos del sistema de salud, con los que terminan en una cama postrados por las diferentes barreras que tiene la EPS.

Entonces, ante la pregunta si las EPS deben seguir como administradores del derecho a la salud para el manejo de la enfermedad, desde el punto de vista de derechos humanos, del derecho a la vida y la dignidad humana, yo voy a dar esta respuesta muy fría y corta, con 17 años como Paciente y 11 como activista, es no, absolutamente no, y voy a decir por qué; creo que estas empresas llegaron a Colombia y como algún día en este mismo Recinto alguien dijo “es que somos nuevos y estamos aprendiendo” y estamos aprendiendo a movernos en un negocio de la salud y nadie les puso control. Y aquí viene la otra pregunta ¿por qué llegamos a crear este tipo de empresas en el país de esa magnitud de deshumanización?, porque el ente de control, la Supersalud nunca ha cumplido al país, nunca le ha cumplido y al día de hoy lo podemos decir y hoy mirando al frente de los colombianos, veo morir gente con la PQRD de la Supersalud.

Entonces aquí hay dos dilemas, un ente de control que no cumple su función con un sector económico, que le ha permitido hacer todo lo que quiera, y un sector económico que fue la EPS, que deshumanizó todo el sistema de salud porque al imponer la facturación y el pago y el comprador inteligente, vemos como irradió a todos los actores del sistema de salud, una deshumanización completa donde la facturación es el derecho a la salud, si no tienes con qué facturar, si el código no está al día, no tienes derecho a la salud; estas entrando a salas de cirugías y si revisan y la autorización se venció, te devuelven porque no pueden facturar o sino le glosan la cuenta; aquí no hay vida de por medio, aquí no hay derecho, es un negocio muy frío que estos empresarios lograron permear a toda la sociedad y a todos los actores, hasta nosotros mismos. Por eso me cuestionaba la insensibilidad que uno va adquiriendo frente a la muerte y al dolor de los seres humanos y por eso la respuesta es no.

Entonces aquí hay un dilema ético, aquí bien decían “es que hacemos 50 millones de consultas, entregamos 200.000 toneladas de medicamentos”, entonces la pregunta ética para la sociedad es ¿cuántos muertos permitimos por las barreras

administrativas? ¿Cuántos muertos permitimos porque no contrató o no le pagó al proveedor y el proveedor cierra servicios, cuántos muertos permitimos o cuántos discapacitados o cuántos tirados en una cama por la mala calidad de atención porque como nos capitaron el primer nivel, el riesgo se lo transmitieron a alguien que no tiene la obligación en el mundo de los negocios, meterle plata para hacerle dinero a otro, que cuando llega al punto de equilibrio se acaban las referencias, los exámenes, los diagnósticos y la oportunidad.

Unas empresas que no tuvieron control sobre lo que contratan y voy a colocar un caso concreto con lo que pasa con la distribución de medicamentos, una de las quejas grandes, cómo los software de distribución de medicamentos no registran los faltantes, cómo captan medicamentos del Pos y el distribuidor no los entrega y no deja registrado y se queda con la plata y sin embargo las EPS lo permiten.

Entonces nosotros consideramos que estas empresas no le cumplieron al país, se desarrollaron y mutaron no para servirle al país y más grave que eso, deshumanizaron a todos los actores del sistema. Entonces yo creo que sí es un adecuado momento, después de 24 años del modelo, de tomar las decisiones que se deben tomar para que en realidad la responsabilidad que tenga el que vaya a administrar el derecho a la salud, tenga un objetivo que es la salud de los colombianos.

Ese dolor, el dolor de Cecilia, ha enterrado a muchos y para mí hoy ver al doctor Faruk aquí sentado, cuando empecé mi carrera de activista con las primeras peleas cuando era gerente de la ESE Luis Carlos Sarmiento, doctor no ha cambiado nada, ha empeorado y el problema no era el Seguro Social, sigue igual, las mismas peleas de que no hay medicamentos, que no hay autorización, que no hay proveedor, que no lo atienden, que se venci, siguen igual doctor, así como estaban cuando nos vimos por primera vez hace 11 años y empeorando. Hoy hablo también en nombre de muchos muertos y tenemos el listado, me puse a ver fotos con quien empecé esta actividad, Jorge murió porque tenía cáncer de próstata, no autorizan las ondas para las curaciones, cuando autorizan los códigos no coinciden, se tiene que devolver a cambiarlos, se infecta y tiene una septicemia y muere y vamos a enterrarlo con un dolor grande, pero más dolor es que hoy, al día de hoy con tanto dinero en el sistema de salud, sigamos enterrando niños, personas. Hoy, ayer mandé una queja a muchos de ustedes que están acá, donde el paciente dice “es la quinceava vez que a ustedes pacientes de alto costo les pido que me ayuden” y remata la queja diciendo “y ustedes tampoco han hecho nada”. Y lo puedo decir Senador y a todos ustedes, esa queja le ha dado la vuelta a medio país y al día de hoy es un paciente con cáncer de próstata y no tiene solución.

Entonces la gran reflexión es, ¿estos empresarios deben seguir?, es como si permitiéramos que

alguien vendiera carros sin frenos y por cada 100 carros que venda, 3 pueden ir sin frenos para que las familias se monten y se vayan a Melgar; y decir “pero es que hay 70 que tienen frenos, no nos juzguen por los que no tienen frenos”, o permitiríamos que de cada pan que nos comemos, 10 pueden estar contaminados y afectar.

Entonces esa pregunta ética y de calidad y de moral y de negocios porque los negocios también tienen ética, es la que debemos empezar al nuevo Agente que nazca de esto para que el derecho a la salud en realidad tenga otra magnitud y esté alejado de otros intereses. Agradezco, muy amables y muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien Néstor, cumplido el tiempo, lo felicito. Nancy Wilches, ¿está?, Sinaltraeses. Y sigue el veedor, Jorge Romero, Jorge Romero, después de Nancy.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Mientras interviene Nancy, la Secretaría deja constancia de la asistencia de la honorable Senadora Yamina del Carmen Pestana Rojas, integrante de la Comisión Séptima del Senado, quien está presente. Dentro de algunos minutos nos estará acompañando también la señora Personera Distrital de Bogotá, que está por llegar. Hay la presencia también de la señora Directora y Subdirectora del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Hospital Universitario, pero manifestaron simple asistencia sin intervención, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, correcto, bien pueda.

Sinaltraese, Presidente, doctora Nancy Wilches:

Bueno.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Las reglas ya las conoce, ok.

Presidente de Sinaltraeses, doctora Nancy Wilches:

Sí doctor. Muy buenos días para todos y todas, honorables Senadores y todas las personas aquí asistentes. Como sabemos que va a ser transmitida en diferido, también un saludo a todos los colombianos y colombianas que están a la expectativa de este gran Debate o de este Gran Foro que se lleva hoy a cabo.

Doctor Édinson, saludamos con beneplácito uno de los Proyectos creemos que va a ser mejor recibido por los colombianos, creemos que 47 millones de colombianos mal contados, ya tenemos que decir un pare, no sigamos, pero hagamos las cosas bien. De un momento a otro sabemos que la salud de los colombianos se

convirtió en un negocio, cuando la Constitución dice “derecho Constitucional, salud para todos con derechos y con calidad” pero no hay calidad. Desde nuestra organización sindical Sinaltraes, nuestra Federación Fecotraservipúblicos y como ejecutiva de la CTC también, hacemos un llamado a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio, a los organismos de control, es vergonzante que un país de 47 millones de colombianos esté estratificado para la salud y tengamos de distintas clases sociales para atender a un ciudadano, cuando Jorge Eliécer Gaitán decía “La sangre de los colombianos o del ser humano no tiene ni debe tener color político”, debemos hacer a un lado los colores políticos para dedicarnos a atender al ciudadano.

Nosotros como trabajadores también hacemos un llamado, Senador, ¿dónde está la salud real de trabajadores y de los colombianos?, ¿para dónde se iría esa salud que tenía o a qué tiene derecho el ciudadano colombiano?, ¿será que nos toca poner investigadores privados a ver si logramos ubicar en qué parte del planeta se perdió la dimensión de la salud de un pueblo?

Colombia, y lo felicito Senador, lo apoyamos, debe ser un juicio de lesa humanidad la pérdida de vidas tal como lo ha propuesto usted, debe ser de riguroso, pero de riguroso castigo, no con cárcel, con pago de bolsillo propio para que se restituya el derecho a la salud de los colombianos.

Hay temas muy importantes que usted ha mencionado, pero solamente los voy a enunciar, hay que revisar cómo es el juego de las glosas que se ha venido haciendo entre EPS y entidades públicas y privadas; cómo son las resoluciones que va a sacar el Ministerio frente a otro cobro, por algo se filtró una resolución que va a salir donde va a haber un cobro mayor por ser beneficiario o por ser cotizante.

La Supersalud, cuando usted presenta respetuosamente, señor Senador, unos informes, dice uno “cómo así que en 20 años solamente tenemos cuatro mil ciento y pico de sanciones, dónde estaba la Supersalud o dónde está el papel de la Supersalud.

Y claro, nosotros decimos un no rotundo a las EPS porque se convirtieron en el negocio propio y de bolsillo de entidades que formaron garajes en las esquinas, pero jamás han respondido hacia las entidades públicas, los malos del paseo somos las entidades públicas, los malos del paseo somos los hospitales públicos, pero dónde está la Superintendencia Nacional de Salud para que a los privados se les diga que no pueden estar jugando con personas donde hay enfermedades de alto costo, donde hay una pequeña enfermedad, pero donde está muriendo el ciudadano colombiano, donde está muriendo cada persona en cada rincón del país y no son contados porque están muriendo por desnutrición, están muriendo por enfermedad, pero sabe ¿qué es lo más triste?, están muriendo de

tristeza porque ninguno de los actores que estamos en este país nos ponemos las pilas a escucharlos.

Y, por último, ese delito que usted propone doctor, no solamente debe ser a partir de ahora, debe ser retroactivo porque dónde están los billones de pesos que se fueron a través de las cuentas de Saludcoop, de lo que está pasando en este momento con las EPS, eso debe ser poner unos límites, no hacia adelante, hacia atrás porque si no borron y cuenta nueva y le seguimos con las deudas a los hospitales públicos. Y, por último, le regalo mi frase que les digo y se las regalo de todo corazón a ustedes y al país “sin salud no hay paz y sin paz no hay salud”. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien Nancy. Continuamos con el doctor Jorge Romero, Veedor de Control Social; y continuamos con el doctor Julio Roberto Gómez, Presidente CGT. Bien pueda, conoce las reglas ya, están claras, ¿no es cierto?, bien pueda.

Control Social y Veeduría Ciudadana a la Gestión Pública a nivel nacional, doctor Jorge Romero Cárdenas:

Muy buenos días para todos y todas, mi nombre es Jorge Romero, como lo decía el Senador Delgado, represento un Comité de Control Social y Veeduría Ciudadana a nivel nacional y los temas que se van a tocar son los siguientes:

Sería muy conveniente que en estas reuniones no viniésemos a tocar los mismos temas que llevamos tocando en los últimos 10 años porque la problemática no ha cambiado absolutamente para nada sino lo más conveniente, Senador, y para las personas que están aquí, es irle buscando soluciones a las problemáticas, las soluciones no se ven por ninguna parte, siempre nos sentamos y es el mismo cuento, es la misma retórica, son las mismas propuestas, son las mismas quejas, no hay camas, son las mismas barreras de acceso, no entregan medicamentos, las EPS no cumplen, pero siempre es lo mismo, sería muy bueno que se hiciese una reunión y ya que usted la está promoviendo, que se llegase con conclusiones, con aportes, con sugerencias y con propuestas, de decir las EPS o van a cambiar o se van a acabar o vamos a hacer esto o aquello, pero vuelvo y les repito que siempre es la misma retórica.

Las EPS en este momento a nivel país, a nivel país, mire lo que está pasando precisamente con Cafesalud, a Cafesalud en los hospitales hay unos letreros y en las mismas clínicas particulares “aquí no atendemos pacientes de Cafesalud”, hasta donde yo conozco no ha salido ninguna resolución, ningún decreto ni ninguna ley que diga que Cafesalud se acabó, mientras tanto es un principio ético y moral y un contrato que hicieron las EPS con el Estado de prestar un servicio y no lo están haciendo.

Pasé un documento hace unos días sobre el Acuerdo número 0641 y donde estoy pidiendo expresamente y ya que estamos en este momento y en este Recinto, es que el Estado no le pague la UPC 2017 a las EPS Cafesalud y Cruz Blanca por la mala prestación del servicio. Si a mí me pagan es porque yo estoy cumpliendo con un deber o estoy cumpliendo con un trabajo o estoy cumpliendo con un servicio, si no lo estoy cumpliendo, como por qué le van a pagar, como por qué se va a descontar de una vez la UPC.

Aquí en este país, en nuestro país, porque en una ocasión dije “en este país” y me dijo una persona “no, es nuestro país sea como sea”, sí, es nuestro país. Mientras no haya un compromiso político, mientras no haya un compromiso social, vamos a seguir dando exactamente las mismas vueltas que estamos dando los últimos 10 años porque la salud no va a cambiar absolutamente para nada. Con todo el respeto, ya lo dije hace dos meses en la reunión que hubo aquí en el Salón Boyacá, y con todo el respeto que se merecen los Congresistas, hay mucho Congresista que tiene que ver con las EPS, hay mucho Congresista que tiene que ver con la salud de este país; y mientras no se haga una depuración, mientras no se haga un compromiso ético y moral, esos Congresistas digan “yo me retiro de esa EPS o yo no sigo influyendo para que esas EPS prosperen” vamos a seguir exactamente lo mismo.

Yo les he dicho y vuelvo y les repito, hice una intervención hace 4 años cuando se hizo los aportes para la Ley 1751, la ley Estatutaria de la Salud, y vuelvo a repetir lo mismo, aquí se Legisla, aquí se dicen las cosas, pero es que es muy distinto estar aquí detrás de un escritorio, estar detrás de puertas blindadas, estar detrás de todo el andamiaje que hay para entrar al Congreso de la República, aquí las necesidades no se ven. Vayan un día de estos a una sala de urgencias a cualquier hospital, lleguen a las 4 o 5 de la mañana, no necesitan ir con avanzada, vayan y se dan cuenta cuál es la desgracia de esta sociedad y cuál es la desgracia del ser humano porque mientras aquí se Legisla, allá se sufre, y mientras esto siga sucediendo de esta manera, no va a haber ningún compromiso ni ningún cambio social. En este momento, en este momento por ejemplo el Acuerdo 641 en Bogotá, lo de la Reglamentación y la nueva estructura del Sistema de Salud de los 32 hospitales, de los 22 hospitales que había, eso es una catástrofe completa, el sistema, el Secretario de Salud y todo mundo sale a decir una cosa, vayamos al terreno, vayamos a mirar, vayamos a los hospitales y nos damos cuenta. Lo que decía Néstor y es que es la repetición de la repetidora, las barreras de acceso son exactamente las mismas, no hay fila, no hay citas para médico general, no hay citas para especialista.

Mire, tengo un caso de un paciente que es que eso no pasa sino en Colombia, fue la semana pasada al médico para un examen vascular y le

dieron una cita, la EPS Compensar le dio la cita para el 4 de octubre, 6 meses para una cita y los pacientes se están muriendo de esa manera, 6 meses, 4 meses, 3 meses. La Resolución número 1552 del 2013 en el artículo 1° dice expresamente “todas las empresas prestadoras del servicio de salud deberán tener agenda abierta los 365 días del año”, eso no nos lo inventamos los usuarios, eso no lo inventamos los ciudadanos; entonces mientras las normas no se cumplan, yo lo único que atinaría, doctor y compañeros que están en este Recinto es, mientras nosotros no humanicemos el servicio de la salud, sea un negocio, porque la Ley 1751 habla de la prioridad, la Ley 1751...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Le quedan dos minutos, doctor Jorge Romero.

Control Social y Veeduría Ciudadana a la gestión pública a nivel nacional, doctor Jorge Romero Cárdenas:

...el sistema de salud va montado en dos principios que es el principio de la integralidad y el principio de la continuidad, y en este momento hay sitios, en IPS que si el paciente no firma un pagaré, no le atienden una urgencia y vaya quéjese, quéjese, ¿a dónde?, lo que decían, a la Supersalud. Con todo el respeto del mundo que tienen las entidades, pero la Supersalud a nivel país está por el piso, por el piso, por el piso, por lo que todo el mundo dice “yo qué saco...”, es que es más y eso lo analizo yo y lo he analizado con los compañeros, yo por qué tengo que pedirle el favor a un veedor para que me ayude a conseguir una cita, yo por qué tengo que llevar un abogado para que me entreguen un medicamento, yo por qué tengo que hablar con el amigo de turno para que me hagan un procedimiento, si es algo que está consagrado, uno, como derecho fundamental que usted mismo lo dijo, es problema del Estado, el problema no es del usuario, es del Estado, el Estado tiene que garantizar la salud del pueblo colombiano, ¿cómo?, es su problema porque así como el ciudadano paga impuestos y el Estado, el señor Presidente del Estado no le dice a usted “¿tiene para pagar la luz, tiene para pagar el agua?”, no, usted tiene que pagar o se la mochan, entonces así mismo es lo del sistema de salud.

Mientras, para concluir, mientras no haya un verdadero compromiso social y político, vamos a seguir exactamente en los mismo, doctor. Muchas gracias para todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el tiempo.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Sigue el doctor Julio Roberto Gómez y luego el doctor Ricardo Rozo Uribe, Director Ejecutivo de Ascofame.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sonido al doctor Julio Roberto.

Confederación General del Trabajo CGT, Presidente, doctor Julio Roberto Gómez Esguerra:

Gracias señor Presidente, distinguidas y distinguidos Senadores, representantes, compañeras y compañeros que nos acompañan de las diferentes entidades.

Yo creo que vale la pena que nosotros las cosas las llamemos por su nombre, aquí tenemos un problema y es que no existe en Colombia un Sistema Nacional de Salud, hay formulaciones de diversa índole, decretos, leyes, reglamentaciones de todo tipo, pero un Sistema Nacional de Salud como tal no existe y deberíamos de construirlo entre todos, por ello me uno a las voces de quienes me han antecedido en el uso de la palabra y que nos ahorran tiempo. Aquí hay una serie de situaciones sumamente complicadas, siempre se responsabilizó al Seguro Social de todas las falencias que habían en materia de salud, lo marchitaron hasta que finalmente lo liquidaron, pero lo mismo pasó con la Caja Nacional de Previsión, con las Cajas de Previsión a nivel regional y siempre la justificación era la ineficacia de lo público, cuando esto nada tenía que ver.

Vea, lo que pasó en este país es sumamente grave, es que aquí se cometen los delitos y no pasa nada, lo que ha hecho, lo que ha hecho este Gobierno con el tema de Saludcoop es un acto que raya no en la responsabilidad sino en lo delincuencia, liquidar la primer EPS de este país, 7.200.000 en Régimen Contributivo, 1.385, en Régimen Subsidiado, 34.000 trabajadores bajo la presunción de que un señor Palacino había hecho canchas de Golf o de Tenis con dineros de la parafiscalidad y si alguien comete un delito hay que condenarlo es a él y no a la institución. Y pasaron cuatro agentes, no interventores sino cuatro agentes liquidadores con la complicidad de la Superintendencia de Salud, para finalmente llegar a la conclusión que había que liquidar a Saludcoop, la liquidan, ordenan la venta en condiciones irregulares porque yo no puedo vender lo que no es mío, yo no puedo vender la casa de Miguel, yo puedo vender lo mío, yo no puedo vender lo que no es mío, arbitrariamente pasaron a todos los usuarios a Cafesalud que no tenía ninguna capacidad ni siquiera para atender a la población que tenía y entonces colapsó ya Cafesalud y ya dieron la orden de vender a Cafesalud, discúlpenme la franqueza pero eso es un delito y además de ser un crimen de lesa humanidad, es una situación que raya en lo absurdo.

Yo estoy en la instancia de asesora de salud y lo que yo escuché allí me pareció el horror, escuchar a la liquidadora de Caprecom decir que los acreedores, a los acreedores se les debían más o menos 2 billones 700 mil millones de pesos y

que ella los había negociado por 1 billón 300 mil millones, un delito. Y el tema de la liquidación de Saludcoop como secreto de Estado en unas condiciones absolutamente inaceptables y yo sé que esto abre el debate, compañero Presidente, a instancias de su proyecto, para que el país conozca qué es exactamente lo que está pasando, qué pasa con todos aquellos que han hecho de la salud un negocio en condiciones absolutamente inaceptables. Yo quiero respetar el tiempo y considero que para que todos tengamos derecho a hablar, en efecto termino aquí, haciendo un llamado para que este debate se mantenga abierto como corresponde. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien doctor Julio Roberto. Entonces invitamos al doctor Ricardo Rozo Uribe, Director Ejecutivo de Ascofame; luego continúa Jorge Diego Acosta, Vicepresidente del Colegio Médico. Bien pueda.

Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), doctor Ricardo Humberto Rozo Uribe:

Cuando uno escucha en estos debates o tiene la oportunidad de leer sobre lo que ha pasado en el Sistema de Salud, sobre lo que ha pasado en todos estos enunciados que se han mencionado, uno piensa “qué pasa con la sociedad colombiana”, porque honorable Senador, usted tenía razón cuando comenzó a decir “esto es un problema de todos”, porque hay que liquidar al individuo que roba los medicamentos y los vende en Venezuela, hay que realmente volver delito de lesa humanidad al individuo que busca 3, 4 y 5 fórmulas médicas y los tiene que llevar para volverlas a vender y desangrar al sistema; hay que liquidar a hay que volver delito de lesa humanidad a las personas que evaden su régimen contributivo y pagan con el Sisbén teniendo capacidad económica.

Realmente no es solo la EPS, es la sociedad la que está enferma, está enfermo el usuario que no tiene educación y cultura y el Estado no se la ha dado; estamos enfermas las facultades de medicina, yo no quiero que se diga que muchas veces hemos roto los principales principios de la calidad de la formación que a veces por intereses particulares formamos un médico que no se necesita o un médico bajo otros patrones formados por especialistas; estamos mal los médicos en nuestro ejercicio muchas veces cuando somos nosotros los que olvidamos la esencia de la profesión y terminamos haciendo medicina basada en evidencia que todo el mundo sabe que es pagada por la Industria farmacéutica, no existe ninguna posibilidad, ninguna posibilidad de que un experimento clínico controlado o un meta-análisis de alta calidad, lo haga alguien que no tenga muchos recursos; estamos en un delito de lesa humanidad y no soy peyorativo, los hospitales

que cobran dos y tres cuentas o que sin ninguna racionalidad, la orden es facturen, facturen, facturen, facturen; es delito de lesa humanidad entonces también cuando los empresarios de la medicina porque los hay, deciden a todo nivel y en toda constancia usufructuarse con ese dolor humano y no solamente con Cecilia sino con muchos compañeros compatriotas porque es delito de lesa humanidad cuando usted le pone sobrecostos a los medicamentos; es también delito de lesa humanidad cuando un individuo, una persona o una sociedad dice “yo no hago ese procedimiento electrofisiológico si no lo hago con el catéter que importa mi señora o si no lo hago con la empresa que me mandó a Europa”; pero también es delito de lesa humanidad cuando las EPS crean barreras a la atención; eso también es delito, cuando hay ausencia de modelos de atención, cuando hay ausencia de modelos de prestación, cuando hay ausencia de modelos de cuidado y cuando hay ausencia de modelos de promoción.

Porque también es delito, el juez que le manda a uno una tutela y le dice “doctor en las próximas 48 horas haga un trasplante cerebral”, porque existe; o cuando por fantasías, muchas veces, estamos alejados totalmente de la realidad de la sociedad colombiana. Veía yo sus estadísticas y me daba cuenta, no estoy defendiendo a nadie, pero me daba cuenta que con respecto al número de afiliados, Cafesalud que todo el día lo estamos diciendo y que todo el mundo lo estamos acabando, aparece cuando usted suma los usuarios, que ahí los tenía, doctor, de la segunda, tercera y cuarta EPS, sumadas las tres tiene cinco veces más quejas que la sola Cafesalud, ahí estaba escrito; la segunda, tercera y cuarta EPS que estaba puesta ahí, sumando los usuarios tenían más, pero tenemos la tendencia los colombianos de destrozar lo que tenemos, tenemos la tendencia los colombianos de no valorar y de no ser objetivos.

Mire señor Senador, respetado auditorio, yo soy cardiólogo, dediqué toda mi vida a la docencia, yo llegué de hacer mi entrenamiento en el extranjero hace ya muchos años y yo tenía que irme con mis residentes, con mis residentes, a buscar en las salas de velación que me dejaran sacar marcapasos de los pacientes que habían fallecido cuando íbamos a hacerle el certificado de defunción, eso señor Senador, hoy no pasa, pero todos estamos actuando mal. Toda la sociedad colombiana tiene un problema ético y moral con respecto a su salud, sí, es el Estado el que lo tiene que solucionar y que tiene que apersonarse, sí, es el Estado el que tiene que hacer su función...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Dos minutos adicionales doctor Rozo.

Director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

(Ascofame), doctor Ricardo Humberto Rozo Uribe:

...pero nosotros no podemos bajo ninguna circunstancia también satanizar lo que tenemos señor Senador, nosotros tenemos que buscar la solución entre todos porque todos estamos enfermos.

Ayer veía cómo los residentes presentaban su apoyo por su trabajo y eso es lo particular y eso es lo que les pido que me escuchen, miren, un sistema de salud que se respete tiene que pensar en la formación de su recurso humano, la formación del pago del residente que es un trabajador tiene que estar dado por el sistema al cual le está prestando los servicios; las dificultades son muchas, los problemas son muchísimos, a todo nivel estamos enfermos, aquí hay un problema moral, hay un problema de educación, hay un problema de calidad, por supuesto que se necesita regulación, las EPS tienen que hacer su trabajo, los médicos tenemos que hacer nuestro trabajo, los pacientes tienen que ser pacientes.

Usted hablaba de los sitios de los especialistas, dejemos de decirnos sofismas, doctor, qué hace un cardiólogo entrenado en electrofisiología en Mitú, qué hace un cirujano, por Dios, un Cirujano General en la mitad de la vía a Puerto Carreño, no, hay que crear un sistema que tenga un modelo de atención, que tenga un modelo de prestación, que tenga un modelo de cuidado, que tenga un sistema de promoción y de prevención. Pero no vengamos nosotros, como usted lo decía, a decir que todos, el otro es culpable, no, aquí todos somos culpables. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien doctor Ricardo Rozo. Le vamos a permitir al Vicepresidente del Colegio Médico, Jorge Diego, doctor Jorge Diego bien pueda hacer uso; luego continuamos con el doctor Eduardo Padilla de la Red Nacional de Veedores.

Vicepresidente, Colegio Médico Colombiano, doctor Jorge Diego Acosta:

¿Está funcionando?, bueno gracias. Jorge Diego Acosta, Vicepresidente del Colegio Médico colombiano y Presidente de la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud.

Primero, quisiera como señalar cuál es la actitud nuestra frente al tema del sistema de salud y la reforma necesaria del Sistema de Salud, porque aunque hay quejas graves y justificadas, no queremos quedarnos en la queja y la denuncia, queremos pensar que es posible llegar a unos acuerdos básicos para reformar el sistema que necesita esa reforma. Entonces venimos con ese espíritu, con ese mismo espíritu hemos participado en las mesas sobre el modelo de atención con el Ministerio de Salud, muy productivas, muy interesantes, donde tuvimos acuerdos y desacuerdos. Estamos participando

también con el Senador Galán, en el tema de la modificación de la Ley de Ética Médica y estamos participando con el Senador Benedetti, en el tema de un Proyecto de ley sobre Eutanasia y Suicidio Asistido.

¿Cuál es nuestra política?, participación crítica y propositiva; ni ser contestatarios contra todo lo que venga del Estado o del Gobierno o de las EPS o IPS, ni ser tampoco acólitos, que estemos voleando incensario para las demás organizaciones. Hagamos un análisis, en primer lugar tiene que estar un sistema de salud que le sirva a la población y aquí hay desajustes graves; y en segundo lugar, nos corresponde a nosotros también ver que el talento humano, profesionales de la salud y médicos tengamos un papel digno, que ahí hay un problema también delicado.

De una manera muy resumida porque el tiempo es muy corto, pensamos que el tema de las EPS no se puede tratar aislado del conjunto del sistema de salud mirado como un sistema, la teoría de sistemas dice que, si una parte del sistema o un subsistema o un componente del sistema se modifica, se modifica todo el sistema. Entonces para analizar una modificación del papel de las EPS o si se quitan o siguen o cómo están, hay que mirar el conjunto del sistema, no podemos reducirnos a la visión de las EPS.

El sistema tiene tres, tiene varios graves problemas: primero, tres demonios que lo azotan, es un sistema ineficiente, con los dineros que tiene no cumple, aquí ya lo han dicho varios, lo que deberían cumplir; segundo, es un sistema donde la corrupción ha sido muy alta y eso es indiscutible y no vamos a discutirlo hoy acá; y tercero, es un sistema desfinanciado, parece que los aportes del recaudo no son suficientes y ya gran parte del presupuesto nacional se dedique, yo veo ahí la mitad de la gente subsidiada, entonces es un sistema mixto, también no es completamente de aseguramiento, hay presupuesto nacional y hay aporte de las personas.

Las EPS en ese tema han contribuido en gran medida a la ineficiencia, la atención es muy mala, las barreras y lo vive uno como paciente, yo no tengo medicina prepagada, porque no pago ese atraco, siendo médico y todo eso, me han atendido gracias a mis colegas, pero lo vive uno en la familia también, no más la semana pasada mi papá con una insuficiencia cardíaca fue devuelto de unas urgencias y mandado a que pidiera consulta prioritaria, con una descompensación cardíaca, eso no tiene sentido y todos esos ejemplos los tenemos, es ineficiente, es corrupto. Y también, si intentamos montar una EPS mixta o semipública como lo que se hizo con Savia Salud en Antioquia, resulta que, si le damos a la gente lo que necesita, los recursos no son suficientes, entonces eso no lo tenemos cuantificado, eso hay que resolverlo.

Viene otro elemento, la ley Estatutaria, no nos hemos referido a ella, la ley Estatutaria hace un

giro copernicano en el sistema de salud, nos dice que el sistema no puede seguir siendo un sistema para atender enfermos y facturar que es lo que es hoy el sistema, un sistema que atiende enfermos y factura, esos son los dos pilares del sistema, sino que tiene que ser un sistema que garantice el derecho a la salud de la población, un sistema que atienda personas y comunidades y principalmente que atienda a los sanos y principalmente que atienda por fuera de los hospitales, principalmente que atienda con personal que no es especializado. Lo que se está haciendo después de la Ley Estatutaria no contribuye a eso, se necesitan unas leyes ordinarias que reestructuren completamente el sistema en tres puntos fundamentales: la financiación del sistema, hay que repensarla, hay que volver a barajar, este país tiene que repensar cómo financia el sistema para que haya recursos, para que no se lo roben y para lo que haya y no se lo roben, sea eficiente.

Segundo, el papel de los distintos actores o agentes del sistema, y ahí viene el punto de las EPS, no puede haber ley Estatutaria cambiando todo el sentido del sistema de salud y dejar las EPS como están, las EPS como están no pueden continuar, tenemos la evidencia de que como aseguradoras son un fracaso, como intermediarias son un fracaso, ¿un fracaso para qué?, para la población, para el servicio que prestan. ¿Queremos sacarlo?, no; ¿queremos que el capital privado no esté en la salud?, no, puede haber capital privado en salud haciendo un buen negocio, un negocio que les pueda rendir lo suficiente, pero prestando buenos servicios, que no lo están haciendo. Porque entre otras cosas, hago una observación para los Empresarios que tienen que ver con salud, cuatro eventos muy graves: la oposición de los empresarios colombianos al impuesto de las bebidas azucaradas, me parece grave; la oposición de los empresarios colombianos a la declaración de interés público para los medicamentos como el Glivec, que están forzando a que Minhacienda, Departamento Nacional de Planeación y Mincomercio, cambien las reglas para señalar que un medicamento es de interés público; la posición sobre las EPS porque quienes no han dejado modificar el papel de las EPS han sido los empresarios de Colombia; Afidro, en su Código de Ética dice que el tema del precio de los medicamentos no es un tema ético, cómo así, cómo así que eso no es un tema ético. Entonces a los empresarios hay que jalarlos y decirles “vengan, gánense lo justo, pero vamos a hacer humanidad”, es que un sistema de salud es humanitario y no puede llenarse de estos casos de la vida cotidiana.

Entonces las EPS tienen que modificar su papel, qué papel pueden tener y pueden tener una buena función desde el punto de vista de la economía, administradores de redes y gestores de la atención de los usuarios, con unas tarifas y unos estímulos a la buena calidad de la atención y a la eficiencia. Eso estuvo en el proyecto de ley ordinaria que

fracasó antes de que saliera la Ley Estatutaria, el mismo Ministerio lo defendió, ¿por qué echó para atrás?, ¿por qué ese tema no se volvió a tocar? Hay que mirar ese tema de las EPS.

Decía yo que lo primero que hay que hacer en las leyes Ordinarias para el resultado del sistema de salud, el elemento financiero, el elemento estructural donde hay que modificar el papel de las EPS, mire, el Modelo de Atención Integral en Salud, el MÍAS no funciona sino se cambia la concepción sobre el papel de las EPS y las redes de servicios...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Un minuto adicional doctor.

Vicepresidente, Colegio Médico Colombiano, doctor Jorge Diego Acosta:

Listo, las Redes de Servicios tienen que hacerse de acuerdo a la 1438, de acuerdo a las necesidades de población y georreferenciadas, no de acuerdo a las EPS por el que les ofrezca el menor valor de tarifa, eso está pervertido completamente. Y el otro elemento que es muy importante reformar en el sistema es que no tenemos una política de desarrollo integral del talento humano en salud, no es solo cuántos especialistas hay ni cómo se distribuyen sino cómo el talento humano presta mejores servicios, de excelente calidad y cómo se desarrollan profesional y personalmente. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el uso del tiempo racional o racional del tiempo.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias doctor Jorge Diego. Entonces continuamos con el doctor Eduardo Padilla Hernández de la Red Nacional de Veedores y continuará el doctor Mario Esteban Hernández de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Veeduría Nacional, doctor Eduardo Padilla Hernández:

Presidente de la honorable Comisión, honorables Senadores, tengan todos muy buenos días.

Yo voy a tocar un solo punto y se refiere a una de las leyes Estatutarias sobre todo en el artículo 12 que nos establece la garantía y los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud. Nosotros estamos al borde de volver a ser invadidos nuevamente, colonizados por españoles y no lo sabe casi nadie. Ya nos invadieron en los servicios públicos, ya nos invadieron en el manejo del agua potable que es parte de los servicios públicos y ahora se vienen a apoderar del sistema de salud de Colombia; ya están las empresas y las IPS, las EPS, el Gobierno ha estado silencioso,

la Superintendencia de Salud, el Ministerio no aplican el concepto de participación ciudadana y no lo aplican precisamente porque la Ley 1757, la 1751, la 1438 no han sido reglamentadas. A nosotros nos invitan a participar en este evento, si nosotros analizamos lo que significa "participar", yo creo que nos invitan es a un espacio no a participar, participar tiene dos significados: uno, cuando yo puedo ayudar a modificar el acto; y otro, cuando voy como un convidado.

Si nosotros no reglamentamos la participación ciudadana en el tema de salud, vamos a seguir siendo unos invitados de piedra, unos convidados de piedra. Por ejemplo, yo le pregunto a los representantes del Gobierno, llámese Ministerio, llámese Superintendencia, que nos den unos casos, unos ejemplos, donde las veedurías, la sociedad civil haya participado, haya concertado en un tema, por ejemplo, participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación, no podemos mostrarlo, no hay ejemplos. Participar en las instancias de deliberación, veeduría del sistema, muéstrenlo, no hay; participar en los programas de prevención y promoción que se han establecidos, entonces nosotros somos unos convidados.

Entonces yo invito al Gobierno, invito a los Senadores, que hagamos un encuentro mucho más grande en donde las veedurías, las organizaciones de médicos, de enfermeras, de todos los sectores, para concertar el tema de la participación porque si no hay una reglamentación, vamos a seguir siendo convidados; participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicio de tecnología, eso es una entelequia, eso es mentira; participar en los procesos de definición de prioridades de salud, es mentira, no hay concertación de ninguna naturaleza, no hay participación en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso o establecimiento de la salud, no hay participación en la evaluación de los resultados de la política de salud. Mientras eso no se reglamente, mientras eso no se dé, estas leyes son un saludo a la bandera. Y entonces sí estamos incurriendo en falta de información, en falta de real participación y ahí apoyo la tesis de que se puede estar cometiendo un delito de lesa humanidad. Muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias por el tiempo doctor Padilla. Continúa el doctor Mario Esteban Hernández de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y se prepara la doctora Luz Fanny Zambrano, Presidenta del Sindicato de Saludcoop. Interviene Mario Esteban Hernández de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Doctor Mario Esteban, sonido para el doctor Mario Esteban, por favor.

Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, doctor Mario Esteban Hernández Álvarez:

Sí, ya tengo, muchas gracias. Bueno, este asunto de la estructura y de la crisis del sistema de salud en Colombia ha sido algo que hemos estudiado obviamente muchos académicos, pero también la sociedad colombiana en general. Yo quisiera centrarme en dos argumentos y una propuesta, ¿qué quiere dialogar con la propuesta del Senador Delgado?, es una lástima que no esté aquí pero seguramente revisará la grabación.

Primero, el primer argumento es el siguiente y creo que vale la pena discutirlo con el Ministerio y con varios otros sectores, incluso con el Senador Uribe, porque precisamente es el núcleo duro del sistema de seguridad social en salud, y es que la decisión que se tomó con la Ley 100 fue una decisión estructural muy compleja, que se separó completamente de las tradiciones, digamos, de las estructuras históricas de los sistemas de salud en el mundo.

Si ustedes recuerdan el documento de pluralismo estructurado de Juan Luis Londoño y Frenk, Julio Frenk, decía “mire, hay sistemas que son financiados y estructurados a partir de la Administración Pública de los recursos, bien sea por impuestos o por contribuciones parafiscales; hay otros que son estrictamente de comercio, digamos de un sistema de mercado como ocurre con el mercado de seguros de Estados Unidos”. Vamos a tratar de encontrar con un pluralismo estructurado una relación entre estado y mercado que permita pues obtener lo mejor del mercado y lo mejor del Estado. Pero el arreglo que se organizó, el arreglo institucional que salió de la Ley 100, está demostrando que allí hay un problema de fondo que explica el conjunto de síntomas que vemos en todo lo que hemos oído aquí, que siempre hemos oído como problemas del sistema.

¿Cuál es el asunto?, en el pluralismo estructurado se separan funciones y se dice “el Estado deja de ser prestador directo de los servicios porque es ineficiente, es ineficaz”, pero también el Estado deja de administrar directamente los recursos públicos porque es insuficiente, ineficaz etc., el Estado solo va a regular un mercado de aseguramiento a través de un mecanismo que se llama Competencia Regulada, este asunto se sacó de un economista de la salud muy interesante, Aralen Townen que quería regular precisamente el mercado de seguros de salud en Estados Unidos, pero para él el asunto era, bueno, recojamos toda las pólizas, todos los aportes de póliza que compran los Estadounidenses con un patrocinador y el patrocinador le va a pagar la misma póliza a cambio del mismo plan de beneficios a todo los aseguradores en competencia.

Pero en Colombia lo que hicimos fue una mezcla muy rara porque lo llamamos seguridad social, es decir, tenemos una cotización obligatoria, se llama

parafiscalidad, recursos públicos de destinación específica, más impuestos, recursos públicos de estimación específica y toda esa bolsa que está partida en dos, vamos a entregársela a unos agentes supuestamente aseguradores en competencia, no importa si son públicos o privados, ¿cómo?, con UPC a cambio de Pos, ese es el mecanismo central de la regulación, de la función que tienen las EPS. Entonces claro, eso ¿qué deriva?, Senador Uribe, mire, eso lo que hace es todo el tiempo, no importa si es pública o privada, la EPS tiene que garantizar su subsistencia y su rentabilidad entre menos se gaste el monto o el conjunto de plata que le entra por las UPC; entonces empieza a hacer una serie de estrategias para tratar ¿de qué?, de sostenerse y de tener ganancias ¿sí? esas estrategias son todos estos síntomas que vemos acá, no voy a repetirlos, pero ahí está el núcleo duro, el núcleo duro que habría que afectar del lugar de las EPS en el sistema.

Ahora, ese modelo es hospital o céntrico, siguen las facturas y sigue donde se concentra la plata para obtener más rentabilidad, eso se llama alto costo; olvida la salud pública, olvida la prevención, no le interesa, no le da réditos inmediatos, entonces no hace prevención, ¿para qué?, cree que el Estado la va a hacer. Ahora, el Gobierno cree que se pueden poner de acuerdo Entidades Territoriales y EPS, yo creo que eso es muy difícil con esta lógica.

Segundo argumento para aprovechar el tiempo, tenemos un nuevo pacto, que me parece interesante llamarlo así, un pacto social y político llamado Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751, pero esa ley Estatutaria en Salud tiene dos lecturas en este momento y vale la pena que lo pongamos así con esa claridad en el debate público; una lectura es la del Gobierno nacional que dice y bueno, varios actores del sistema dicen “mire, la Ley Estatutaria se puede poner a funcionar con el sistema de aseguramiento que tenemos”, solo es cuestión de alinear los incentivos, es decir, dar premios aquí, castigar allá, poner límites, una serie de cosas para tratar de ver si funciona el arreglo institucional que tenemos; pues resulta que por esa vía se está incumpliendo la ley leída en la segunda versión que se llama Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, porque la Corte dijo en el artículo 15 “acepto solo exclusiones, solo las exclusiones, por tal mecanismo y todo lo que no sea excluido está incluido, hace parte del derecho a la salud que debe garantizar el Estado colombiano”, pero con la obsesión de mantener el sistema, el Ministerio está incumpliendo la Ley Estatutaria porque nos pasó a tres pisos de derecho: el primero se llama Plan de Beneficios financiado con la UPC porque necesita mantener a las EPS como el intermediario que administra los recursos y lo llama Plan Colectivo; después convenció a los médicos especialistas de que fueron ellos los ordenadores del gasto con el sistema Mipres y ahora cada médico asume la responsabilidad del gasto público para aquellas cosas excepcionales

que son servicios individuales, pero eso es un piso que no acepta la Corte Constitucional; y tercero, las exclusiones y ahí vamos a tener una serie de problemas, es decir, no hay una atención entre esa lectura de la Ley Estatutaria y la lectura que hace la Sentencia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Un minuto adicional, doctor lleva 6 minutos.

Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, doctor Mario Esteban Hernández Álvarez:

Entonces vamos a la propuesta que...a la que usted está haciendo Senador y es, busquemos otro arreglo institucional partiendo de ese compromiso y obligación del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud que tiene componentes prestacionales y no prestacionales de aplicación inmediata, es decir, es cómo realizar ese pacto que pusimos ahí. La propuesta es la siguiente, retirar la forma como está estructurada la relación con las EPS, saldrían las EPS con este de pago por UPC a cambio de un plan de beneficios; avancemos con el Fondo Público Único, son recursos públicos ¿Cierito?, de cotizaciones e impuestos unidos pero asignados territorialmente con criterios demográficos de equidad, de perfil epidemiológico, culturales, etc., en territorios de salud que permitan integrar todas las cosas, que no es lo mismo que municipios o departamento, ojo, sino territorios de salud, técnicamente definidos ¿Cierito?, y en esos territorios tener un administrador no lucrativo de esos recursos públicos y ojalá una institucionalidad pública, que no está sacando rentabilidad de esa función. Ahora, con esa administración territorial, ahí sí se pueden ordenar las redes, integrar las redes públicas y privadas de acuerdo a las necesidades de la población, se puede tener formación médica en toda la red obviamente con prioridad de las necesidades de la población, se puede tener prevención y sobre todo afectar los determinantes sociales de la salud, integrando los recursos del ente territorial, etc., es decir, ahí sí tendríamos la posibilidad de un sistema que está orientado por la salud y no por la gestión financiera para obtener rentabilidad.

Esa es la propuesta Senador, si quiere más adelante la discutimos, hay proyectos de ley escritos sobre esto, así que bueno, podemos entrar en el detalle de cómo podría funcionar. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bien pueda Senador y Ex Presidente Álvaro Uribe.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Esta es una Sesión muy importante y hay que dedicar el tiempo a escuchar todos estos puntos. Por eso muy breve, el proceso legislativo no es

un proceso muerto, hay que estarlo revisando periódicamente, a mí parece bien todo esto, lo que quiero recordar a raíz de lo que se acaba de decir, es que en su momento y falta esa inteligencia que se nos fue a destiempo, la de Juan Luis Londoño y es muy difícil interpretarlo, no solamente buscamos un equilibrio entre el Estado y el mercado, no, de por medio estaba el tema solidaridad y además la ley fue posterior a la Constitución del 91 que dijo que la Seguridad Social tenía que ser eficiente, solidaria y avanzar gradualmente hacia la universalidad y no solamente asignó al Estado el papel de ente regulador sino que también en el desarrollo de la Constitución a través de la Ley 100, quedó expreso que el Estado era el regulador, el supervisor único y también podía ser asegurador y prestador, por eso hemos tenido muchas entidades estatales que han sido EPS.

Cuando oigo al ilustre decano hablar de las coordinaciones públicas regionales, también hay que tener en cuenta lo que ha pasado, muchos departamentos, muchas ciudades han tenido EPS totalmente públicas y el experimento no ha sido bueno, el experimento no ha sido bueno; que se reorienten, que las hayan. Una de las razones que tuvo el gobierno nuestro para preservar a Caprecom fue mantener el instrumento público, entonces el papel del Estado no se ha reducido solamente a la regulación, también ha estado en la prestación y en el aseguramiento; y hay otro tema bien importante, la solidaridad.

Por ejemplo lo que había en el mundo en ese momento o en nuestro contorno, en nuestro vecindario latinoamericano era el enfrentamiento lo público y lo de Chile, pero ¿Qué diferencia tuvo la nuestra con lo de Chile?, la solidaridad, en Chile todo lo pagaba el trabajador y había un plan de beneficios de acuerdo con lo que alcanzara a pagar el trabajador, aquí se definió un plan de beneficios igual independientemente del nivel del cotizante y se exigió solidaridad, varias expresiones de solidaridad. Una expresión de solidaridad entre cotizantes, cotizantes salario mínimo no le alcanza para pagar el plan de beneficios, el cotizante de alto salario le sobra, hay un cruce interno; segunda expresión de solidaridad, de los cotizantes de mayores ingresos con el Régimen Subsidiado; y tercera, de la comunidad a través del Estado, esos factores no se excluyeron, fueron muy importantes.

Yo sugeriría en todo esto mirar lo siguiente, yo creo que hay unos factores de corrupción sobre los cuales se tienen que tomar unas decisiones por las autoridades, entiendo que hay 80, 90, 100 contratos de la liquidación de Saludcoop que están en la Fiscalía, el país necesita saber de eso y el país necesita saber qué ha pasado con todas las quejas en el proceso de manejo de Caprecom, ahí hay un tema bien delicado.

Segundo, en lo que tienen a Cafesalud, ojalá se hiciera un gran esfuerzo para que entidades como las Cajas de Compensación Familiar quedaran

con Cafesalud. Es que cuando se habla de la participación del sector privado en Colombia no nos podemos olvidar que el sector privado en Colombia ha tenido unas expresiones no lucrativas de la mayor importancia, el sistema de Cajas de Compensación en Colombia es un sistema *sui generis* que lo envidian en todas partes del mundo, a mí lo que me da tristeza es que se vaya debilitando la participación del sistema de Cajas de Compensación en la Salud, sistema de Cajas de Compensación hay que revisarlo, eliminar también corrupción y derroche y fortalecer su participación en la salud, creo que sería una gran oportunidad ahora que se tiene lo de Cafesalud, que quedará en poder del Sistema de Cajas de Compensación Familiar. Porque si algo importante tenía Colombia cuando nos orientamos en ese proceso, era lo de las Cajas de Compensación y el Cooperativismo y llegó a ser muy grande la participación de ambas y mire lo que ha pasado, prácticamente desaparecen de la salud las Cajas de Compensación, todos los días se ha venido disminuyendo su participación, no obstante esfuerzos como el de la Nueva EPS. Miren lo que ha pasado con esa corrupción en la liquidación de Saludcoop, que sigue en la impunidad, no sabe la opinión pública qué es lo que pasó con todos esos contratos que apenas se han denunciado por ahí a medias y en discurso político.

Entonces ha habido instituciones del sector social de gran importancia como las Cajas de Compensación y las Cooperativas, que han sido desperdiciadas o han sido anuladas o han sido robadas. Yo creo que cualquier esquema que se piense a futuro tiene que asignarles una gran importancia a esos esquemas privados no lucrativos. Gracias Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

A usted Senador Álvaro Uribe, con mucho gusto. Entonces vamos a continuar con la dinámica, la doctora Luz Fanny Zambrano, Presidenta del Sindicato de Saludcoop; y luego el doctor Miguel David Quintero de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil. Registramos aquí la presencia de la doctora Carmen Teresa Castañeda, Personera Distrital de Bogotá, bienvenida.

Sintrasaludcol, Presidenta, doctora Luz Fanny Zambrano Soraca:

Gracias honorable Presidente y gracias a todos los Senadores y los presentes hoy en esta audiencia tan importante. Como lo ha mencionado ya, represento a una de las empresas muy cuestionadas a nivel nacional como lo es Saludcoop y Cafesalud actualmente, una empresa que hay que decirlo por nombre propio, ha tenido en crisis el sistema de salud pero no por su propio actuar sino por lo que personas inescrupulosas pudieron haber hecho y que siguen en cuestionamiento hayan actuado de manera irregular con la inversión de los dineros de salud en otras cosas, tema que abiertamente

podemos decir, no se ha comprobado y sigue siendo cuestionado y existe impunidad total ante el caso del señor Palacino frente al tema de Saludcoop. Pero hay que decir también que esa falla no solamente cae en cabeza de un particular como lo ha sido estigmatizado a nivel nacional Palacino y no vengo a defenderlo sino que también el Estado a través de la Superintendencia nombró unos Superintendentes que vinieron a hacer de las suyas también en esta empresa que era una de las más importantes y que prestaba el mejor servicio de salud en Colombia; y en cabeza de los propios interventores nombrados por el Superintendente de Salud, se cometieron también irregularidades y también existe total impunidad.

Entonces no nos digamos mentiras en este sagrado recinto que representa la democracia de nuestro país, no va a haber recursos suficientes ante tanta corrupción y ante tanta impunidad y se pueden seguir generando normas y leyes que decreten como un delito de máxima...catalogado como un delito de lesa humanidad, pero si no hacemos cumplir las leyes en este país, quedará simplemente en el papel y seguirán haciendo de las suyas algunos corruptos del Estado y particulares que se lucran de la enfermedad y de la muerte del pueblo colombiano.

Y hay que decir por nombre propio que las EPS no han hecho bien su tarea y que nosotros como trabajadores llevamos a costas el famoso caso de desfalco más vergonzoso del sistema de salud y somos hoy en día los trabajadores de estas empresas que también estamos llevando las consecuencias del mal actuar de unos pocos, es aquí donde tenemos que también denunciar que confiamos en el actuar del Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, quien prometió que era una liquidación de transformación de una empresa para seguir garantizando la prestación del servicio a más de 7 millones de usuarios que tenía Saludcoop en Cafesalud ahora, y garantizar así la continuidad de 37.000 puestos de trabajo, cosa que fue una mentira, cosa que fue una burla para los trabajadores de Saludcoop porque más de 10.000 compañeros se encuentran hoy en la calle y ahora pretenden decir que no eran trabajadores de Saludcoop y que no eran trabajadores de Cafesalud en la actualidad. Claro, claro que no lo son, son trabajadores de un monopolio que se creó en cabeza de un señor Palacino llamado Grupo Empresarial Saludcoop, de frente a los entes de control, de frente a la Superintendencia Solidaria, de frente a la Superintendencia de Salud, de frente al Ministerio de Trabajo, entes que hoy en día no han hecho nada y que existe una total impunidad frente a este caso. 10.000 trabajadores en la calle hoy, de todo este monopolio empresarial que se conformó y una mala gestión de parte del Estado en cabeza del Superintendente Norman Julio Muñoz quien no ha hecho absolutamente nada, más que convertirse en un cómplice de todo el mal

actuar de las personas que él mismo delegó para esta administración.

Hoy los trabajadores de primer nivel de todo este monopolio empresarial también están en riesgo de ser despedidos, también están siendo víctimas de los usuarios que llegan a agredirlos y que llegan a tratar a nuestros compañeros como si fueran los ladrones, cuando no conozco a uno solo que haya tomado un peso de los dineros de la salud. Pero somos los trabajadores quienes le colocamos el pecho al enfermo que llega sin una solución a su problemática de salud y con la angustia de tener a un ser querido o él mismo sufrir una enfermedad, somos los trabajadores los que estamos siendo agredidos no solamente por nuestros usuarios sino también por los empresarios que se vienen lucrando de nuestro servicio porque aquí no estamos hablando de una fábrica de zapatos, aquí estamos hablando de gente que atiende a gente, de personas que velamos por la salud y la integridad de otras personas y que estamos llevando las consecuencias de todo esto, trabajadores que llevan pagos por porcentajes porque las EPS han contratado a las IPS y sometido a las IPS a un sinnúmero de condiciones de los cuales han tenido un grave deterioro en sus garantías laborales, trabajadores tercerizados, trabajadores que hoy en día les dicen que se acaba la empresa y no tienen cómo responder porque nunca hicieron una provisión para los derechos laborales adquiridos y que están esperando una respuesta de un agente liquidador como lo es, en este caso, las GPP, que fueron tan denunciadas y que hoy en día a pesar de las querellas que existen en el Ministerio de Trabajo, existe total impunidad; trabajadores tercerizados con OPS, médicos que se les paga miserias, enfermeras, auxiliares y técnicos que día a día sacrifican su vida familiar, su vida personal porque esto de servir en la medicina y de servir para la salud es algo de pasión, es algo que lleva uno en la sangre. Y hay que decir que las EPS han convertido el sistema de salud en un sistema lucrativo degenerando la visión del derecho a la salud como un derecho fundamental y que han sometido a las IPS y ha sido una cadena, nunca va a haber recursos, señor Presidente, ni en lo público... Ex Presidente Álvaro Uribe, ni en lo público ni en lo privado va a haber recursos que alcancen...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Dos minutos más, por favor.

Presidenta de Sintrassaludcol, doctora Luz Fanny Zambrano Soraca:

Gracias señor Senador. No va a haber recursos que alcancen si sigue siendo la corrupción quien gobierne las EPS y las IPS de este país; no va a haber ni un servicio público, ni privado, ni mixto que sea eficaz, eficiente y oportuno si no existe justicia realmente. Es por esto que se tiene que empezar a mirar con óptica general el problema de

la salud de los colombianos y en cabeza del Estado, así delegue en particulares esta gestión, es el deber del Estado empezar a tomar con seriedad la vida del pueblo que lo eligió, es el deber de nuestro Presidente y de nuestro honorable Congreso empezar a legislar con la responsabilidad de lo que aquí estamos hablando que es la salud, la integridad, la vida de los compatriotas que le eligieron.

Es por esto que hacemos un llamado para que se revalúe el tema de los que las EPS vienen haciendo en su visión clientelista para acabarlo porque no podemos seguir legislando, mirando en la enfermedad el negocio más lucrativo de unos particulares, no podemos seguir legislando pensando en cómo nos enriquecemos a costa del dolor de nuestro propio pueblo y tenemos que acabar con esa impunidad, tenemos que empezar a regular tarifas, estamos hablando de que los recursos no alcanzan, pero cómo van a alcanzar si las tarifas son al mercado carta abierta y no se han regulado ni los precios en medicamentos, ni los precios en los procedimientos y tenemos todavía unas tarifas ISS de una institución que ya ni siquiera existe, legislando los precios del mercado. Tenemos que entrar también a mirar las condiciones y el papel importante y fundamental de los trabajadores del sector salud porque somos nosotros quienes hacemos que este sistema realmente tenga garantías a futuro de promoción y prevención y no seguir sometiendo a los profesionales del sector a las condiciones indignas de la prestación de un servicio y a condiciones indignas en sus trabajos. Gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, muy bien mi doctora, gracias a usted también por su participación. Entonces continuamos con el doctor Miguel David Quintero de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil y luego se prepara Luis Miguel Morantes, Presidente de la CTC. Bien pueda.

Asociación Colombiana Médica Estudiantil, doctor Miguel David Quintero Consuegra:

Muchas gracias honorable Senador. Bueno, en nombre de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil tenemos una pregunta para todos ustedes, ¿Qué costo tiene una vida? Sin duda alguna esta es una pregunta que no debería ser respondida por ninguno, pues sabemos que la vida es invaluable, no le podemos poner un costo, no le podemos poner un precio. Nosotros vamos a plantear cuatro puntos principales y lo primero es que aparte de todo lo que ya se ha hablado previamente frente a la corrupción, frente al desfaldo de dinero, frente a la falta de la prestación del servicio de la salud, hay algo muy importante y es que se han dejado de lado, las EPS han dejado de lado la promoción y la prevención de la salud, se han acostumbrado a solamente esperar a que los pacientes lleguen

enfermos, a que los pacientes lleguen con estadios muy avanzados de cáncer, lleguen con estadios avanzados de enfermedades, en donde el costo público se aumenta sustancialmente. Estamos en un sistema donde lastimosamente todo tiene que funcionar con el dinero, pero si es así, tenemos que adecuarnos para que este pueda garantizar la salud a la mayor cantidad de personas. Además de mantener a la gente sana también tienen la labor de realizar un diagnóstico temprano y esto no se está realizando. Un problema muy grande que se presenta en nuestro país es que hay muchas entidades prestadoras de salud, hay demasiadas EPS, EPS que tienen, como lo vimos en la tabla que presentaron al inicio, hasta 4 millones de pacientes adscritos, o EPS que tienen solamente 300.000 personas adscritas.

¿En qué sistema y cómo un sistema de salud va a subsistir de tantos manejos burocráticos y de tantos... dónde sale el dinero para poder mantener toda esta burocracia?, realmente esto lo que está generando es que se gaste mucho dinero en la parte administrativa y se deje de lado la parte de la atención al paciente que es lo más importante. Es muy importante que se ha dejado de lado el control del Estado, es importante que se revise exhaustivamente las matrices de riesgo de cada una de estas entidades prestadoras de salud para realmente ver qué EPS sí está cumpliendo sus labores, cuántas anotaciones tienen por parte de la Procuraduría en ámbito fiscal, en ámbito disciplinario, en ámbitos administrativos y ver si los planes que se supone que deben ejecutar de mejoramiento, lo han hecho; si no lo han hecho, ¿qué razón tienen de ser y qué razón tienen de existir unas entidades que solamente están desangrando al sistema de salud?

Debemos recordar cómo...ya varios Ponentes lo han dicho, la Ley Estatutaria, la Ley Estatutaria, el goce efectivo al derecho a la salud, es muy importante que esto no lo perdamos de horizonte y muchas veces está siendo inviable tratar de garantizar el goce efectivo al derecho a la salud con el sistema de...con planes de beneficios, con el antiguo POS, esto no es viable para un sistema de salud que pretende que todos los ciudadanos colombianos tengan acceso a la salud.

Además de eso, queremos hablar desde la perspectiva también de los estudiantes, nosotros nos estamos formando como los futuros médicos de este país y quiero que hagan una reflexión de que entiendan cómo nosotros estamos viendo al sistema de salud, en qué tipo de sistema nos estamos formando, ¿vamos a formarnos solamente con base a la Ley 100 donde vemos a la salud como un negocio? o nos vamos a formar con la nueva Ley Estatutaria donde la salud es un derecho. En esto también estriba mucho la actitud como nosotros vamos a atender como doctores a nuestros pacientes porque lastimosamente muchos compañeros y lo he visto, también compañeros residentes, ya no nos estamos preocupando por

atender al paciente, por ver que esté bien, nos estamos preocupando es para ver qué especialidad me va a dar más dinero y eso no está bien, pero eso también se genera por el sistema en el que estamos en que estamos inmersos. Nosotros desde quinto semestre, desde nuestro tercer año de carrera estamos dentro de los hospitales viendo cómo los médicos se abstienen a veces de formular medicamentos porque tienen que llenar muchas cuestiones administrativas. Cómo, si me dicen que este es el medicamento que necesita el paciente, no se lo voy a formular porque no puedo hacer algo administrativo, cómo es que el Ministerio y cómo es que el Gobierno nos está imponiendo tanta carga administrativa cuando nuestra labor como médicos debe ser atender al paciente de la mejor manera, con la última evidencia científica, no dependiendo de cuánto tiempo yo tengo para atenderlo.

Entonces hacemos un llamado a que sí consideramos importante de que debe haber aseguradores, pero no deben existirlos para lucrarse ellos mismos, deben ser para gestionar, como lo decía previamente el representante de la Facultad de Medicina de la Nacional, deben ser para poder repartir los gastos, pero no deben ser para lucrarse. Les hacemos un llamado muy importante porque créanos es muy difícil y muy duro para un estudiante de medicina ver postrado...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Dos minutos, Miguel.

Asociación Colombiana Médica Estudiantil, doctor Miguel David Quintero Consuegra:

...ver postrado a un paciente por semanas, por meses, esperando la autorización para un examen, esperando la autorización para saber cómo está su hijo, cómo está su papá, qué vamos a intervenir con él, realmente eso duele mucho sabiendo que tenemos las herramientas para hacer las cosas bien y no lo estamos haciendo.

Y un último llamado también de atención porque aunque las EPS y todo el sistema de salud sí ha tenido una incidencia muy alta, también es un llamado de atención a nosotros mismos, a nosotros como médicos, a nosotros como pacientes, que muchas veces somos expertos en mirar la paja en el ojo ajeno pero no en el nuestro, vemos cuántos pacientes llenan las urgencias sin sentido alguno, llenan las urgencias también desangrando al sistema, entonces si realmente queremos ver un cambio, no solamente con quitar las EPS vamos a ver el cambio, el cambio viene de reformar la función y retomar para qué existen las EPS y cómo deben funcionar bien pero también de que nosotros como médicos y como pacientes también entendamos nuestra responsabilidad social, que no solamente debe ser de sacar provecho del sistema de salud para cuestiones monetarias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, muchas gracias David. Doctor Luis Miguel Morantes y luego continuamos con la doctora Carmen Teresa Castañeda, Personera del Distrito de Bogotá, bien pueda.

Presidente de la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), doctor Luis Miguel Morantes Alonso:

Gracias señor Presidente. En primer lugar, agradecerle señor Presidente a usted y felicitarlo por buscar que este debate, esta audiencia se haga con este nutrido grupo de participantes porque todos estamos interesados en resolver el problema fundamental de la salud para todos los colombianos. También muy bien por las cifras que usted presentó al inicio de la sesión, para que todos tengamos claro cuál es la situación actual de la salud y del rol de las EPS que es fundamentalmente el tema central de la audiencia.

En primer lugar, debemos manifestar que cuando se gestionaba la Ley 100, allí o decir, aquí hicimos presencia y manifestamos nuestra gran preocupación por lo que se estaba haciendo y desde allí manifestamos que el hecho de mandar el servicio de salud al sector privado iba a tener consecuencias graves. Pero como ya se dijo aquí, en esa época se hablaba era de que lo público era corrupto y lo privado era sacro y transparente y eficiente, entonces finalmente triunfó esta última tesis y el sistema de salud pasó de ser apenas unos auxiliares en la salud, al Estado, a que ellos empezaran a mantener todo el andamiaje de la salud. Y aquí vino el problema porque obviamente había ánimo de lucro, no estamos en contra del ánimo de lucro, pues por supuesto que no, pero con el lucro vinieron las ambiciones desbordadas y con las ambiciones desbordadas vino la corrupción que cruzó y deformó por completo el trabajo de las EPS. Por eso es necesario que esto se estudie, se revalúe y de verdad que nosotros nunca estuvimos de acuerdo en que ese sistema de EPS y tal, como se conformó, fuese el temor a lo que hoy día después, un tiempo después la historia nos está diciendo, no ahora sino desde hace algunos años acusó problemas y aquí están cada vez mucho más graves.

Las intervenciones que han hecho aquí los asistentes han sido muy importantes, valoramos todos los elementos que aquí han traído y suponemos que va a ser el insumo excelente para que el Congreso y en fin, todos los que estamos interesados podamos finalmente resolver de qué manera o en qué dirección nos vamos a dirigir. Por supuesto, entendemos que esta no será la primera audiencia, habrá otras donde seguramente todos los que estamos acá podamos traer una propuesta mucho más dirigida.

Hay un punto que nos presenta el señor Presidente, en que elevar las contravenciones contra la salud, los delitos con la salud a delitos

de lesa humanidad, y ya aquí he escuchado voces de que eso sería la cuestión. Pero obviamente, además de que eso sea, tiene que mirarse cómo es el proceso porque la impunidad también en Colombia es muy alta y generalmente pagan son los cargos inferiores y los de arriba se mantienen tranquilos, pero estamos de acuerdo con que eso es necesario elevarlo para poder buscarle una salida a este asunto tan difícil. La cuestión es que aquí la sociedad colombiana, el Congreso de la República, el Gobierno, la Justicia, el Movimiento Sindical, los trabajadores, en fin, toda la sociedad, las organizaciones científicas tenemos un colosal reto para resolver y tenemos que ponernos a trabajar en eso y ver de qué manera corregimos todo ese tipo de cosas en que nos ha ido tan mal y resolverlo una vez por todas y hay que hacerlo porque la salud, hoy día derecho Constitucional, tiene que ser respetado, ese derecho hay que hacerlo respetar y no solo porque está en la ley, porque alguien lo dijo, porque un Congreso y un Gobierno lo expidió así, sino porque es un asunto inherente a la humanidad, es un asunto de solidaridad como ya aquí se ha dicho y es un asunto en el que todos los humanos tenemos que estar ahí atentos y que no es el afán de lucro sino el afán del servicio.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Un minuto doctor.

Presidente de la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), doctor Luis Miguel Morantes Alonso:

Ok. El servicio es importante...ya termino señor Presidente y gracias. Insisto en lo del anuncio que por ahí salió de que van a subirle aún más los costos a los pacientes, que ya se dijo también que eso no era cierto, que el gobierno no tiene esa intención, pero nosotros nos preocupamos mucho porque cuando el río suena piedras lleva, entonces nosotros también queremos de una vez hacer sonar que no estamos de acuerdo con eso y daremos la lucha contra cualquier intención de agravar la situación del pueblo colombiano en su salud. Muchas gracias señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

No, a usted doctor Luis Miguel, muy amable. Doctora Carmen Teresa Castañeda, Personera Distrital de Bogotá y luego continuamos con la doctora María Doris González, delegada del Presidente de la CUT.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

Buenas tardes a todos los asistentes a los Senadores.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Húndale allí por favor, por favor sonido.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

Buenas tardes a todos los asistentes, a los Senadores de la República y demás personal que acompaña a esta audiencia, la cual felicitamos y entendemos necesaria.

Hace 15 días en la Procuraduría General de la Nación, nos convocaba el señor Procurador General de la Nación, para suscribir el gran pacto social por la salud del país; mi referente geográfico es el de Bogotá y yo quiero mostrar unas cifras pues que nos enseñan tristemente que esta es una crisis sistemática y que, si no tomamos cartas en el asunto, van a ser crisis. Pienso que contrario a lo que en alguna oportunidad me censuró el señor Superintendente de Salud, que para él esto pues como al paraíso, cuando le decía que si no hace crisis la salud vamos a seguir con lo paños de agua tibia, él me decía que no había necesidad de que se presentara una crisis y creo que ya estamos en ella.

Desde la Personería de Bogotá, nosotros en nuestro plan estratégico, queriendo defender los derechos fundamentales y los derechos humanos y la posible vulneración de estos derechos, tenemos una función misional que es la de la revisión a la gestión de la administración de Bogotá; y en ese orden de días, con las diferentes visitas que hacemos a los diferentes sectores de la administración, podemos conocer de primera mano lo que está sucediendo.

En ese orden de ideas y a través de la Personería en atención en salud que tenemos en la Personería de Bogotá, hemos podido detectar que en el 2017 frente a las peticiones, quejas y reclamos que se han recibido entre el 2015 y 2016, se ha presentado un incremento del 77% en las peticiones, quejas y reclamos. En diferentes escenarios (siguiente por favor) las cifras pues son preocupantes, de enero a abril del 2017 hemos recibido 4.738 peticiones, quejas y reclamos en el servicio de la salud; en el 2017 estas 4.700 y más peticiones tienen que ver con citas médicas, con medicamentos y con remisiones, eso nos permite a nosotros finalmente concluir que sí estamos en crisis, que los reclamos de la ciudadanía que tienen que levantarse desde las 4 de la mañana en un frío inclemente como el de Bogotá, para hacer fila para recibir o para solicitar una cita médica, sobre todo en las personas adultos mayores que son quienes han dado la vida por esta ciudad y por este país, es una de las situaciones de más inclemencia que nosotros verificamos día a día y que no podemos hacer nada más sino que convertirnos en un servicio casi que particularizado para quienes a bien tienen que utilizar el servicio de la Personería, hacer una intermediación con la EPS, o con el hospital para que se puedan asignar estas citas.

¿Qué estamos haciendo hoy?, con ocasión de la implementación del Acuerdo o del Proyecto de Acuerdo 641 de 2016, *“por el cual se efectúa*

la reorganización del sector salud de Bogotá y se modifica el Acuerdo 257 de 2016 y se expiden otras disposiciones”, también como la implementación, hemos hecho una veeduría a esta nueva implementación que es la de la Red Hospitalaria, hemos hecho seguimiento a las 70 actividades que se han establecido en la hoja de ruta en la implementación de este sistema de la Red y pues de estas 70 actividades al mes de noviembre del año pasado, solamente 42 están completas, 41 están en desarrollo, 17 no se han iniciado y el periodo de transición terminó el 8 de abril pasado, entonces esto nos muestra que la Subred que fue implementada o mostrada o creada como la panacea para solucionar los problemas de la Salud de Bogotá, anda a medias, seguimos haciéndole seguimiento a esta veeduría.

En lo que tiene que con los servicios de urgencias de los Niveles II y III en la Red Hospitalaria del Distrito, entonces encontramos que el 77% de las 13 unidades de servicio de salud, de las cuatro que integran el sistema de servicio de salud objeto de veeduría, presentan una ocupación por encima del 100% ¿qué significa esto?, que tenemos una hacinamiento, que por más de que existe la Red Hospitalaria y que los hospitales se prestan una ayuda o una colaboración, están hacinadas estas unidades de urgencias.

Y una de las mayores problemáticas que hemos observado es que en vez de mejorar el servicio pues se ha empeorado porque una persona que está o que pide la atención en el servicio hospitalario de Ciudad Bolívar, si ese hospital no tiene la cobertura lo mandan para el Hospital Simón Bolívar que queda al otro extremo de la ciudad y los ciudadanos pues rechazan esa prestación del servicio porque si a duras penas tienen para llegar al hospital, pues no tienen para trasladarse hasta el Hospital Simón Bolívar. Entonces esto nos empieza, no más en logística y en capacidad de atención a mostrar todas las falencias que estamos teniendo, entonces esto es como una comunidad de amigos en la que el hospital apoya a otro hospital en la ciudad, una ciudad que tiene más de 10 millones de habitantes, que geográficamente es inmensa, pues lo que está es perturbando más y agravando más la situación de salud de quien debe ser beneficiado.

Otro tema que nos preocupa es el del análisis de las cuentas por cobrar que tiene el sistema de salud en Bogotá, la mayor cobertura se presta por Capital Salud, ella es la que presta el servicio de salud en capacidad en la Red Hospitalaria, pues es la EPS que lo presta y encontramos, de acuerdo a las gráficas que ustedes van a ver a continuación, las dos gráficas, que Capital Salud es quien más tiene acreencias y entonces si no pagan las EPS, las EPS no le van a prestar el servicio a los ciudadanos y si no se presta el servicio por parte de las EPS, tenemos más colapsado entonces el sistema.

Agrava entonces además de que Capital Salud siendo la EPS de mayor cobertura en Bogotá, que es el que tiene el mayor costo en acreencias, en un segundo nivel observamos que las Entidades en proceso de liquidación tienen solamente un 24% de las acreencias reconocidas, o sea, más de las tres partes de sus acreencias que están siendo puestas en conocimiento del sistema para que sean pagas, no han sido reconocidas y esto crea una incertidumbre en el cobro. Además, en esta línea de los acreedores del sistema tenemos unos deudores llamados particulares que tienen un valor de deuda que asciende a más de 28.000 millones de pesos, esto convierte una cifra significativa que pone más en aprietos al sistema económico y presupuestal de la salud en Bogotá.

Hay otro tema muy importante también en el que tenemos otra veeduría implementada, que tiene que ver con los avances de la Secretaría Distrital de Salud en la ejecución del Proyecto 1191 que tiene que ver con la actualización y modernización de la infraestructura física, tecnológica y de comunicaciones en salud y ahí quiero aunarme a las manifestaciones del Senador Alvaro Uribe en punto al tema de la corrupción. Implementadas las APPS como una forma de poder realizar grandes o macroproyectos con la ayuda de la inversión de dineros de particulares, tenemos grandes preocupaciones con lo que se vaya a hacer en casi que adjudicaciones de concesiones a largo tiempo porque entregar el servicio de la salud a un particular que dice “yo me bajo de esta cantidad de plata, le construyo el mejor hospital del mundo pero voy a tener en concesión durante 20 años la prestación del servicio de salud”, significa que vamos a estar en manos de los particulares sin conocerse a qué costo el servicio de la salud, vaya...para los ciudadanos por lo menos de Bogotá.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Personera, el señor Presidente le concede excepcionalmente tres minutos adicionales.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

Ya iba a terminar, muchas gracias Senador yo sé de su cariño por esta personería, pero le pediría que no lo hiciera tan evidente. Entonces en un minuto quiero terminar.

Es preocupante que la Secretaría Distrital de Salud mencione que dentro del nuevo modelo de salud construirá 40 CAPS; el 1° de agosto se hizo la apertura de 10 CAPS, pero se pudo comprobar que solo funcionan 8, entonces esto es la farsa de la farsa, se salen, se hacen campañas políticas con promesas en un sector tan neurálgico como el de la salud y, finalmente, en programas de desarrollo o en planes de desarrollo como el planteado, se sigue disfrazando la realidad y la verdad, generando expectativas que finalmente pues nos hacen a nosotros es avocarnos al inicio

de procesos disciplinarios que no es lo que se requiere en este momento. Si además de las acciones preventivas que se están tomando por el Gobierno nacional, no se toman cartas en el asunto, no se da un vuelco total al sistema de salud, vamos a estar en crisis, más de la que tenemos.

Pero de todas formas a pesar de que se dijo que eran 10 y que hay 8 funcionando, se ha podido verificar que el CAP de Kennedy, el CAP de San Juan de Dios del Instituto Nacional Cancerológico no funcionan, o sea, ni siquiera son 10 ni 8 sino 6 y entonces esto termina siendo la mentira de la mentira, de la mentira en el papel, en el papel y en la realidad los ciudadanos bogotanos, como digo yo, llevando del bulto, viendo a los señores de la tercera edad, viendo a las madres de familia con sus niños desde las 4 de la mañana esperando, mendigando una cita médica, quienes tienen la posibilidad de una prepaga vemos que inclusive el sistema de la medicina prepagada está queriendo colapsar; y si ese es un sistema en el que hacemos nuestros aportes, qué se puede esperar de los ciudadanos que no tienen para hacerlo; entonces aquí hay un trabajo también muy delicado en el que yo le he escuchado en algunas oportunidades, discúlpeme que me refiera tanto al Senador Álvaro Uribe, sé que él ha sido un crítico del sistema y aquí yo tenía que sumarle una crítica a la que también me aúno que él ha hecho. Las Altas Cortes, tampoco tengo una afinidad política con el Senador para ir a hacer un comentario, pero lo que quiero decir es que si la Corte Constitucional, que entiendo quiere garantizar los derechos de los ciudadanos, que está instituida para eso, no hace un articulación con el Gobierno nacional, van a ser dos Entidades del Estado gobernando cada una a su modo, la Corte Constitucional imponiéndole gravámenes y casi que obligaciones en el POS, vuelvo y lo digo, lo entiendo porque es el trabajo de la Corte, pero aquí no podemos estar legislando y dando disparos de escopeta porque si no, no vamos a llegar a ningún punto Senador *Édinson*. Entonces yo sí quiero hacer un llamado, más de que aplaudir este escenario, es de que se concreten acciones porque los ciudadanos de a pie son los que están llevando del bulto en esta situación. Muchísimas gracias y muy amables.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto, a usted distinguida doctora Carmen.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

Senador, sabiendo de su cariño ¿Le puedo pedir un favor?

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Sí.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

¿Me puedo retirar del recinto?, es que debo atender un asunto familiar con mi hija y quería primero agotar esto.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto.

Personería Distrital de Bogotá, doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar:

Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, muy bien. Sigue la doctora María Doris González, delegada del Presidente de la CUT; y luego el doctor José Villamil, Veedor. Aquí tenemos, estamos anotando todos los que van a intervenir, hay espacio suficiente, todavía tenemos tiempo, o sea, que vamos bien de acuerdo al cronograma. Bien pueda.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Le reiteramos la racionalidad en el uso del tiempo para que puedan intervenir, hay más de 20 personas todavía inscritas y 20 personas nos está llevando 5 minutos, más o menos hora y media.

Delegada de la CUT, Presidenta del Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social (Sindess), doctora María Doris González:

Muchísimas gracias, muy buenas tardes a cada uno de los asistentes a este evento y muchas gracias Senador por el interés de usted sobre el tema. Nosotros como usuaria de la salud, como trabajadora de la salud, como integrante del Ejecutivo de la CUT, Central Unitaria de Trabajadores, quiero agradecerle porque hace 24 años que estamos en este mismo tema, porque desde antes de aprobarse la Ley 100 decíamos qué era lo que podía pasar con este nuevo sistema de salud. Y obviamente quiero saludar al Senador Uribe que está aquí, a ver cómo podemos corregir estos errores y este caos que estamos viviendo este momento el país colombiano con el sistema de salud.

Yo quiero tocar el tema más como trabajadora, o sea, cómo hemos sentido que las EPS han incidido en la vida laboral de los trabajadores de la salud y obviamente quería retomar un poquito de lo que dijo la doctora delegada de la Personería, ya tomando el tema como trabajadora en Bogotá que hemos vivido el tema que ella mencionó porque en Bogotá no solamente tenemos como intermediarias a las EPS, ya tenemos como intermediarios a los operadores, entonces, porque en la presentación que hizo el Senador yo veo un tema que dice “operadores”, entonces me preocupa porque entonces vamos a estar con EPS y con operadores privados porque

a eso estamos en este momento en la salud, el nuevo modelo de Bogotá.

Entonces ¿A qué nos hemos sometido nosotros los trabajadores?, a que como Empresas Sociales del Estado que es la Red Pública en el país, somos, nos sometemos a que tenemos que contratar y las EPS Subsidiadas tienen que contratar con nosotros; somos los únicos empleados públicos que no nos paga el Estado, que tenemos que facturar el servicio, tenemos que trabajar y facturar para que nos puedan pagar, por eso es que hay en el país tantos departamentos y tantas Empresas Sociales del Estado que les deben más de dos años de salarios a los trabajadores de la salud y esto es a consecuencia de que las EPS contratan con las Empresas Sociales del Estado y cuando estamos de buenas, que quieren pagar, nos glosan hasta el 70 y 80% de lo facturado, y quién va a sobrevivir, qué hospital va a sobrevivir con este sistema, absolutamente nadie.

Me gustó mucho todos los datos y toda la presentación que hace el Senador, pero me hubiera gustado que de pronto haya una información de cuántos hospitales, cuántos Centros de Salud habían hace 24 años y cuántos hay hoy en día, porque si aquí no más en Bogotá hace 20 años existían 32 hospitales y el señor Peñaloza hace 16 años nos dejó 22 y llegó después de 16 años y vamos en 4. Entonces yo quiero dejarles ese mensaje aquí a este auditorio y a usted señor Senador, que obviamente como Central Unitaria de Trabajadores y como trabajadora de salud digo “NO a las EPS”. Sí, hay EPS buenas que han funcionado, las hay, pero en su gran mayoría, en un porcentaje altísimo son EPS que han quebrado y se han ido, han desaparecido con el recurso de salud de este país.

La pregunta, otra pregunta que quiero dejar aquí en el auditorio es el tema de la deuda, de esas deudas que tienen las EPS que ya desaparecieron y las que están por desaparecer, cómo va a responder el Gobierno, qué vamos a hacer las Empresas Sociales del Estado para recuperar esos dineros que fueron servicios que ya se prestaron a las EPS, que se les prestaron a sus afiliados porque nosotros lo que hacemos es atender a los afiliados.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Un (1) minuto adicional, doctora María Doris.

Delegada de la CUT, Presidenta del Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social (Sindess), doctora María Doris González:

...y no han sido cancelados y es por eso que la Red Pública está llamada a desaparecer.

Y una de las preguntas que hizo uno de los compañeros que intervinieron es “díganos la verdad, si vamos a desaparecer como Red Pública o nos vamos a fortalecer”. Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto, a usted doctora Doris. Continuamos con José Villamil, Veedor Nacional en Salud; y luego con el doctor Alberto Bravo Borda, Presidente de Asinfar.

Veedor Nacional de Salud, doctor José Villamil:

Buenos días honorables Presidente y demás Senadores y personas que nos acompañan aquí, funcionarios de organizaciones. Nosotros hemos venido aquí no solo a hablar de la corrupción sino a decir qué hay que hacer para evitar la corrupción porque es que aquí con una Superintendencia alcahueta como la que tenemos en este momento, con esos liquidadores que hemos tenido e interventores, aquí creo que está la funcionaria del Hospital de Ibagué, gracias a Dios nosotros tenemos veedurías en varios departamentos del país y podemos hablar del manejo que se le da en ciertas regiones al problema de la salud con esa corrupción.

¿Qué pasó con lo de Saludcoop? ¿Se investigó al doctor Grosso? ¿Qué pasó con la inversión?, nada, absolutamente nada.

Caso patético, lo último, Cafesalud, el contrato que hizo con el Instituto Nacional de Oncología, le entregamos la copia de las falencias del contrato a la señora Viceministra aquí en su Despacho, le entregamos la demanda al Procurador General y se le hizo la demanda penal a ese contrato porque no tenían ni habilitación, ni manejo de químicos para las quimios en las regiones donde hicieron los contratos y ¿qué hemos hecho para evitar que eso se continúe?, hemos colocado de parte de la veeduría, denuncias, tres fallecidos últimamente, una chica de 27 años por un trasplante de médula, otro paciente por unas quimioterapias, que ayer le decía al de atención al usuario del Centro Nacional de Oncología “cómo se les ocurre hacer una quimio en febrero y darle la siguiente quimio para junio”, eso es una cuestión de matar al paciente y le llevo el caso y lo tengo aquí.

Pero no solo esto, lo de los contratos, el manejo de adjudicación de la distribución de los contratos no tiene vigilancia.

Yo quiero Senador, proponerle aquí que la Superintendencia de Industria y Comercio y la Financiera tengan que ver alguna situación con este mercado porque aquí se crean las EPS y se hace una Junta Directiva y ojalá de riera usted, cómo ingresaron los señores de las Juntas Directivas cuando eran afiliados al Régimen Subsidiado del Nivel II y ahoritica cuántos recursos manejan los de las juntas directivas, propietarios de farmacias, de IPS, de ópticas, de todo eso y a eso hay que ponerle un coto y ¿cómo se le pone el coto?, pidiéndoles que por los menos las juntas de directivas tengan un periodo máximo de 3 años sin derecho a reelección y evitamos que se venga el

conglomerado y el concubinato entre el Gerente y su Junta Directiva para los funcionamientos.

Quiero decirle lo siguiente, qué pasó, lo que decía la compañera, con todas las liquidaciones de Cafesalud, de Calisalud, de Humana Vivir, de todos estos, los dineros, pero lo más esencial es qué pasó con Caprecom, que nosotros denunciamos penalmente la situación de Caprecom y le entregamos al Ministerio las demandas y las denuncias y hasta la fecha no tenemos resultado ni de la Fiscalía, ni de la Procuraduría, ni de la Contraloría, ni de ninguna ía. A nosotros en el documento que le entregué en la Audiencia Pública al señor Procurador le dijimos “nos da vergüenza ser Veedores”, porque el Veedor trabaja, no para sacar una conclusión sino para que lo vean denunciarse y todo mundo se ría de él. No digo que todas las EPS son malas, hay EPS buenas, mire el caso que tenemos ahoritica en el Guainía, señora Ministra, con ese Plan MIAS, perdóneme la expresión, pero le cambiaron una letra y le agregaron una, ahora ya no es MIAS sino que le agregaron la “o” al terminar, no digo la palabra. ¿Por qué razón?, llevamos al Hospital Bocagrande de Cartagena a manejar la situación allá con un convenio con el hospital San José de Bogotá, ninguno de los dos asumía las responsabilidades, ahora último le dijimos al San José “o la asume o entra en demandas penales”, parece que están mejorando en ese sentido pero allá es muy difícil, la situación territorial es diferente del caso, un usuario no va a pagar 800.000 pesos una lancha para que lo lleven al hospital, rio arriba, es decir, aquí las situaciones tenemos que estructurarlas en un cambio fundamental de la participación de los usuarios regionales en cada una de sus regiones.

Nosotros hemos estado pendientes en el Valle, por ejemplo, y aquí está la doctora Natalia de Coosalud, la semana pasada hubo una reunión, hace 15 días se hizo una reunión por la cartera que teníamos, no liquidamos contratos del año 2004, 2005 y 2006 porque los señores de Apisalud no terminaban la situación de lo de promoción y prevención y los hospitales con la cartera pendiente. A dónde llegamos y dónde está la Superintendencia, yo quiero decir eso y lo de los trabajadores de la salud.

En el Cauca y en el Valle, el ejemplo tenía el Ministro al Hospital San José de Popayán como el Hospital que habían sacado de la olla, pues crearon los famosos “Sindicatos” para hacer contratos laborales, sindicales, laborales sindicales...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Dos minutos, José Villamil.

Veedor Nacional de Salud, doctor José Villamil:

Gracias Senador. Crearon esos sindicatos y comenzaron a crear sindicaticos pequeños y hay 11 sindicatos, donde los pobres trabajadores no tienen derecho ni al pago de vacaciones, ni al

pago de nocturnos, ni al pago de dominicales, ninguna prerrogativa, ni siquiera su estabilidad laboral, pero sí tienen funcionarios del mismo sindicato que son los que manejan, ganándose 2 y 3 millones de pesos sin hacer absolutamente nada. Pero para colmo de males, auspiciado por el señor Alcalde porque sacó 60 funcionarios del Hospital San José hace 4 meses, que eso lo denuncié, para poder hacer su politiquería, entonces sacó funcionarios que manejaban más o menos regular la estadística y los cobros, para meter personas que no tenían ni siquiera conocimiento de qué era una situación hospitalaria pero eso es con el compromiso politiquero de las regiones.

Entonces yo digo, en este momento lo que tenemos que hacer es estructurar un cambio...y el Presidente Uribe no me deja mentir porque yo advertí en lo de Caprecom en Barranquilla cómo íbamos a ir al fracaso, recuerda en esa Audiencia Pública, y sin embargo hoy en día les estoy diciendo, Cafesalud con la venta de Cafesalud, como la quieren hacer, van a vender a los afiliados, marranitos a vender y se van a quedar las deudas hospitalarias. Lástima porque es que da vergüenza de que todos los hospitales tanto públicos como privados, los privados por lo menos ya pusieron el condicionamiento de que mándeme el chequecito y le atiende al usuario, pero el público no le puede negar la atención absolutamente a nadie.

Yo quiero agradecerle Senador por este espacio y decirle que es mejor que busquemos soluciones río arriba y no que bajemos río abajo a buscar, ya para qué, los que se robaron la plata ya viven muy sabroso. Gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

La Secretaría les agradece a los que faltan por intervenir que sean rigurosos en el tiempo, quienes lo han hecho han sido más respetuosos del tiempo porque si se nos quedan 3, 4 que no intervengan hoy, después dicen que la Comisión Séptima los hizo venir y no les dio el uso de la palabra, entonces les pedimos, ciñanse a los 5 minutos y se les puede conceder 1 o 2 adicionales, gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien Secretario, entonces, doctor Alberto Bravo Borda Presidente de Asinfar y luego sigue Julián Mora, Coalición Nacional de Sindicatos Médicos por favor.

Presidente Ejecutivo de Asinfar, doctor Alberto Bravo Borda:

Gracias Presidente, un saludo cordial a todos los Senadores presentes, a la señora Viceministra y a la Mesa Directiva y a los colegas y a tantas personas que con mayor autoridad y mejor conocimiento han intervenido en esta importante Audiencia, concreto como lo ha pedido el Presidente y además de manera siempre tan enfática nuestro querido Secretario España.

En los últimos más de 25 años creo que he estado en discusiones de esta naturaleza en 3 o 4 veces por año y no se ven resultados, no quiero unirme ni por cuestiones de índole política, de conveniencia institucional, aún de agendas gremiales, pero si hay una secuencia que sin mencionar puedo, se me venía ahorita el caso cuando oí en unas intervenciones que nosotros estamos en una emergencia social desde hace, a causa de los problemas de la salud hace más de 15, 20 años y que a fines del año 2009 siendo Ministro el doctor Diego Palacio se decretó una emergencia social que desafortunadamente la Corte Constitucional la declaró inconstitucional, inexequible y quiero rápidamente porque veo aquí al doctor Juan Carlos Giraldo, a Pedro, a tantas personas que en ese momento y en el caso mío particular que represento a quienes producen más del 75% de los medicamentos que consumen los colombianos, que represento una industria estratégica como es la industria farmacéutica nacional y multilatina, quiero decir que las fórmulas que entonces le aconsejamos al Ministro y que de alguna incorporó en las motivaciones para la declaratoria de la emergencia, era que había que contener el gasto, fórmulas indicadas aquí como ya lo dije para sí deben existir o no en el papel que actualmente ocupan y que desempeñan las EPS, ya lo han dicho personas y lo dirán otras con mejor autoridad y conocimiento, yo voy al grano.

Cuando se cae la Reforma, cuando se cae la emergencia social, el Gobierno firma unos decretos que están incorporados en las Normas Comunitarias Andinas que están en la Organización Mundial de Comercio, están en nuestra Legislación por consiguiente, dirigidos a controlar los monopolios generados por las patentes, los datos de prueba y otros instrumentos que han sido impuestos desde hace más de 30 años por el lobby que hacen las grandes empresas transnacionales farmacéuticas y agro químicas y otras y se expidieron unos decretos que eran importaciones paralelas y otra flexibilidad que está contenida que recientemente hablé hoy a la que me referiré al final en un minuto, que es el de las licencias obligatorias previa declaratoria de un interés público que es no solamente para medicamentos, sino que es transversal a muchos aspectos de la vida institucional del país.

No tuvieron y fuimos yo creo que mezquinos incluso de la industria nacional fuimos mezquinos en la aplicación de esa fórmula, hoy en día y yo creo que cabe otra vez una declaratoria, porque cuando se intentó en nosotros como sector nacional farmacéutico apoyamos la propuesta, la iniciativa del Ministro Alejandro Gaviria, de un proyecto de ley, vimos que no era el espacio y tampoco estamos convencidos que las fórmulas que entonces fueron sustituidas por otras dos Leyes han resuelto para nada el grave problema. No se deben olvidar ustedes que de 100 pesos que se destinan para la salud, más de 35 centavos son

para la compra de medicamentos e insumos, que hace 20 años el costo y lo que eso significaba para las Políticas Públicas y lo que significaba para los presupuestos públicos y privados de salud, la plata de bolsillo de los colombianos no llega a los extremos que llega hoy en día, hoy en día 25 sustancias se llevan el 80% del presupuesto para medicamentos e insumos, eso es algo espantoso, se constituye una institución, se institucionalizan primero la CRES y después la IETS que tienen la función de evaluar las nuevas tecnologías, en esa tarea nos encontramos pero se encuentra el mundo entero, no hay país desarrollado, ni fondos suficientes en el mundo entero que puedan atender los costos de los medicamentos, ni de los insumos por los monopolios que existen, no hay fórmula, podemos intentar todas las ecuaciones que ustedes quieran, mientras a eso no se le ponga coto no habrá solución existan o no existan las EPS.

Y casi termino señor Presidente diciendo lo siguiente, lo mencionó aquí una persona, recientemente es un acto realmente vergonzoso de la vida pública, hay una, aquí especialmente en el actual Gobierno hay una discrepancia en lo que en el sector privado hemos llamado las palomas del Ministerio de Salud y las llamamos así desde hace años y los halcones de comercio, tiene que el Estado colombiano y sus instituciones decidir si se privilegian sin desconocer los convenios internacionales, los acuerdos y los compromisos que hemos subcontraído, sin desconocer eso, si se privilegia por encima de la salud siempre ha sido y hasta por sentido común y humanitario un derecho fundamental, pero un grupo de personas entre las cuales está aquí Pedro Contreras, la Asociación, está aquí el doctor Giraldo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Bravo, excepcionalmente 2 minutos adicionales, lleva 7.

Presidente Ejecutivo de Asinfar, doctor Alberto Bravo Borda:

Excepcionalmente, entonces termino diciendo lo siguiente, hay un incidente realmente vergonzoso, a raíz de que utilizando una flexibilidad que como ya lo dije fue en el Gobierno del doctor Uribe y hay que utilizar al doctor Uribe porque pues porque ha sido un actor fundamental en todo lo que tiene que ver con la salud en los últimos no le voy a decir tantos años, porque nosotros pertenecemos, usted es mayor que yo Presidente dos días y somos de la generación del mejor modelo de Willis, el más fuerte modelo de Willis, pero hemos sufrido también últimamente yo se lo digo porque he tenido problemas y también he tenido problemas de no tener acceso a los medicamentos y tengo dos EPS le cuento, le quiero decir esto, (intervención fuera de micrófono), no soy pensionado pero sigo trabajando, eso es absolutamente legal. Le quiero decir lo siguiente, no porque el Presidente me va a quitar, no es una anécdota, después de un proceso

traumático que inició la sociedad civil invocando, solicitando la declaratoria de un interés público para que le diera una licencia de un producto que ya tiene más de 30 años de ser explotado en los países desarrollados y en Colombia y Matini que obtuvo una patente porque la Superintendencia se lo negó y el Consejo de Estado se la otorgó, a una forma polimorfa que no entiende ni siquiera características de invención, que sacó del mercado a competidores que las vendían con muy buenos resultados farmacológicos en la quinta parte, pues a raíz de eso las empresas multinacionales lograron presionar al Gobierno nacional y a la Presidencia de la República para que la Ministra de Comercio y el Presidente Santos expidieran un decreto que es el Decreto 760 del mes pasado, donde prácticamente elimina la posibilidad de que se puedan aplicar esas flexibilidades, yo invito a los Congresistas aquí presentes, al mismo Gobierno que hay que hacer un debate nacional sobre este aspecto y termino señor Presidente dándole las gracias y diciéndole que además en esta declaratoria hay que profundizar por las entidades de control, cuales son los conflictos de interés y las maniobras que utilizaron las empresas multinacionales y que fueron aceptados por el Gobierno, cuando participaron personas muy allegadas a quienes suscribieron ese decreto. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

No a usted, doctor Alberto, usted ha tocado temas que tenemos que abordar en este país y sobre todo un sector tan importante como es el sector de la industria farmacéutica e igual todas sus implicaciones, excelente que hoy haya manifestado que es de la misma generación del doctor Álvaro, porque ahora ya todos pertenecemos a la generación de la cabeza agachada con esto de los celulares, ya nos volvimos de esa generación. No, muy bien continuamos con el doctor Julián Mora, Coalición Nacional de Sindicatos Médicos y luego Yesid Camacho Presidente Nacional de Anthoc, entonces vamos a ajustarnos a los tiempos por favor porque ya estamos llegando a lo que nos habíamos proyectado. Sonido aquí por favor para el doctor Julián Mora, sonido, no hay sonido, entonces pida allí al lado, usted tiene sonido al lado para que puedan cambiar por favor de silla, sí, tampoco, ok.

Delegado Coalición Nacional de Sindicatos Médicos, doctor Julián Andrés Mora Quintero:

Buenas tardes a todos, honorables Senadores y Representantes, muchas gracias por el espacio, un saludo, al auditorio buenas tardes también. Mi nombre es Julián Mora yo vengo en la representación de la Coalición Nacional de Sindicatos Médicos, somos una organización con más de 30 entidades de corte nacional que representan las diferentes especialidades médicas y los Médicos Generales de Colombia. Nuestro objetivo al asistir a este espacio, era traer conceptos muy concisos y breves sobre lo que ha sido el ejercicio de la profesión médica en Colombia en el marco del Sistema General de

Seguridad Social en Salud en los últimos años, más ahora en las últimas épocas con todos los problemas que hemos visto.

Queremos que tengan presentes estos conceptos en su actividad legislativa y en los posteriores debates para que puedan enriquecer las conclusiones.

En este momento de grandes dificultades, pero también de nuevas esperanzas para el país, queremos exponer a ustedes nuestras dificultades como gremio médico con el fin de que busquemos entre todas las soluciones satisfactorias que se ajusten al marco legal colombiano. Hay que decir, que a pesar de lo que especifica la ley, al personal misional en este país no se le contrata de forma directa sino a través de Cooperativas, vimos como a través de la firma del TLC lo que eran antiguamente las Cooperativas de Trabajo Asociado, mutaron hacia los sindicatos y la actividad del contratismo sindical se esparció por todo el país como una metástasis, sin ningún tipo de control, afectando también la contratación al cuerpo médico.

Empresas y falsos sindicatos se lucran de nuestra actividad, celebrando contratos que en su mayoría no son ni siquiera de índole laboral, tenemos casos de Médicos que han sido contratados por IPS con contratos de arrendamiento, por ejemplo, totalmente alejado de la legislación colombiana, incluyendo cláusulas lesivas e inoperantes, con horarios esclavizantes que violan de lejos las recomendaciones de salud y seguridad del trabajo. No se garantiza ni siquiera un pago cumplido de los honorarios por parte de los actores del sistema, denigrantes por cierto, vemos como hoy en día se contrata casi en la totalidad de las EPS e IPS de manera indiscriminada a los diferentes actores médicos con el tarifario ISS 2000, muchas veces incluso por debajo del 50% sin ningún tipo de control de los entes que componen el Estado, dichos pagos pueden diferirse entre 90 y 360 días como vemos en el caso de los Anestesiólogos de la Costa, los cuales llevan más de un año sin recibir un solo salario, sin ningún tipo de justificación legal para este tipo de conductas.

Todo esto contraviene las indicaciones del Ministerio de Salud y vemos como en muchos casos se ha trasladado el cobro de las glosas al personal médico, recientemente vimos un decreto donde se prohibía expresamente por el temor fundamentado del cuerpo médico que hacía una petición vehemente de que esto no siguiera sucediendo. Tenemos colegas que se han visto obligados a trabajar más de 300 horas al mes para poder suplir las necesidades básicas de su familia, tenemos un gremio que lleva 24 años perdiendo poder adquisitivo. Veíamos como a principio del año 90 un Médico tenía un salario a través del Seguro Social de 10 salarios mínimos, hoy en día no se contrata ni siquiera por 4 salarios mínimos en la totalidad del Sistema, no solamente no hemos ganado, sino que hemos perdido, hemos retrocedido como gremio en nuestra remuneración.

Como si fuera poco los Médicos somos los huérfanos del sistema y queremos ser específicos en este punto, pues a pesar de que hemos acudido a las instancias políticas, de acuerdo al conducto regular que establece la ley colombiana, muchas de nuestras quejas y demandas no han sido escuchadas y ha sido desestimadas, no se nos han brindado los verdaderos espacios de participación y negociación que puedan resolver estas dificultades que estamos teniendo.

La autonomía médica es hoy desde otra arista, más que nunca antes en la historia de este país, un tema que ha sido olvidado, es un cuento para niños, han sido reducidas las voluntades y las necesidades de los actores económicos operantes en el sistema y los políticos que afectan este discurrir, pero seguimos siendo nosotros los Médicos quienes le ponemos la cara a los dolientes.

A lo anterior sumamos que, teniendo una gran sobrecarga laboral y una enorme responsabilidad, los Médicos en Colombia no hemos tenido posibilidad de acceder a un Régimen Especial de Seguridad Social en Salud como lo tienen el resto de los colegas de otras partes del mundo. Agravando esto la incidencia de los factores que afectan la seguridad y los riesgos laborales del gremio.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Se agotaron sus 5 minutos, doctor Julián, el señor Presidente le concede 1 minuto adicional.

Delegado Coalición Nacional de Sindicatos Médicos, doctor Julián Andrés Mora Quintero:

Para terminar, queremos decir, que consideramos que somos el actor principal del sistema puesto que con 92.000 Médicos estamos prestando la salud a casi 50 millones de personas, pero somos el último eslabón en la cadena de pagos, en la prestación de los servicios, en las condiciones, entonces nuestra propuesta es que en su actividad legislativa tengan en cuenta todas estas dificultades que estamos presentando para que se generen soluciones efectivas y que este bienestar pueda ser trasladado al usuario que es la razón de ser. Muchas gracias.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Presidente una moción de orden.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Y a usted Médico, bien pueda Senador y ex Presidente Álvaro.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Señor Presidente, usted nos ha citado mañana en Santa Marta para una revisión de las obras que se adelantan para los Juegos Nacionales, Senador, la Sesión se había convocado a las nueve, yo mismo tuve un retraso por las dificultades de movilización especialmente hoy en Bogotá, pero nosotros aplazamos un vuelo de la una y cuarenta (01:40 p. m.) hay otro a las dos y cuarenta (02:40 p. m.), habíamos separado con antelación y para

cumplirle, deberíamos salir en unos minutos. Nos da pena abandonar la Sesión sin haber escuchado a todos los intervinientes, le queríamos rogar que si independientemente de las conclusiones de hoy, que la Sesión no culmine sino que siga en otra oportunidad ojalá, ojalá próxima y hacer dos comentarios muy respetuosos, cualquier ajuste no debería acabar el sistema mixto, miren, yo recorrí el país antes de 1993 yo veía una clínicas muy buenas para los ricos y para los pobres en algunas partes del país un servicio aceptable, en otros, muldares.

Yo creo que se logró en la concientización del país de que se necesita seguro universal y que todos los ciudadanos tengan un plan básico hoy bastante completo, no obstante el problema de que hay que definir las exclusiones como lo dice la ley Estatutaria, yo creo que es un gran avance, yo recuerdo y aquí hay muchos, de las personas con quienes discutíamos en la época, el país en esa época tenía 700.000 personas con Medicina prepagada y tenía 3.200.000 afiliados al Seguro Social y algunos a Cajanal, yo creo que el avance tampoco se puede desconocer.

Yo rogaría en las reflexiones mirar que los ajustes no renuncien al sistema mixto, cuando uno hace la comparación de cuánto cuesta el seguro con la atención de calidad, la atención reactiva, la omisión que hoy hay en Colombia bien grave que hay que corregir, que es el tema de salud pública y todo lo preventivo. En el sector público y exclusivamente y cuánto cuesta en un sistema mixto, un sistema mixto puede tener más eficiencia, la mejor calidad y puede tener los menores costos. Ahora, el sistema tiene todas las maneras de reglamentarlo, por ejemplo, los diferentes gobiernos han llegado a que las diferentes EPS no puedan gastar en el Régimen Subsidiado en lo que se llama administración, imprevistos, utilidad, más del 8% y en el Régimen Contributivo más del 10%, si lo hacen es una trampa y si esa trampa queda en la impunidad es por falta de ética de ellos y por una gran deficiencia en el sistema de vigilancia.

Sobre la denuncia que acaba de hacer el médico, la verdad es que el país tiene que avanzar y aquí se aprobó un proyecto hace poco, ya es ley de la República para agilizar el tema de las especializaciones porque uno ve médico con todo respeto me refiero a lo que usted ha dicho, una gran brecha entre el ingreso del médico general y el ingreso en algunas Especialidades, ojalá y además hay también una gran deficiencia en especialistas, ojalá se pudiera acelerar el tema de oferta de cupos y facilidades para los Especialistas y yo si quisiera llamar la atención sobre esto, la organización de los trabajadores es muy importante, yo recuerdo en el Hospital San Jorge o San José de Popayán y en el de Pereira, la contratación con organizaciones de trabajadores fue muy buena para el Hospital, para los pacientes y para los propios trabajadores o sea que manejar contratación con organizaciones de las fuerzas vivas del sector, yo creo que es algo que

se debería revisar con el mejor sentido, porque eso ha ayudado.

Mire Presidente, en el sistema hospitalario hay un control, una exigencia de calidad que se llama la certificación hospitalaria, la acreditación, ¿Cuántos hay? 32, 38 de los tantos de Colombia, ojalá eso se impulsara y no obstante los esfuerzos que ha hecho el Ministerio para mejorar la... ser más exigente en las condiciones de habilitación de las EPS, yo creo que las EPS se les debería exigir el cumplimiento de un requisito de acreditación paralelamente tan exigente como el de los hospitales, porque una cosa es estar con EPS piratas o estar con Hospitales piratas, otra cosa es estar asegurado y en manos de prestación del servicio por parte de entidades con la más alta acreditación.

Quería ofrecerle excusas porque tenemos que tomar ese avión para cumplirle mañana en la ciudad de Santa Marta, pedirle que ojalá no termine hoy la reunión, sino que la convoque nuevamente, ofrecer excusas a las personas a quienes no alcanzamos a escuchar, pero nos vamos justamente para cumplir ese compromiso con la Comisión mañana, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

A usted Senador y ex Presidente Álvaro Uribe, no, es real, no, mañana para conocimiento de todos a las nueve (09:00 a. m.) arrancamos Sesión en la ciudad de Santa Marta, previamente vamos a recorrer las obras y luego ya la Sesión en detalle, la idea es poder explicarle al país sobre todo a los samarios, magdalenenses, cual es la realidad de los Juegos Bolivarianos, porque existe mucha inquietud al respecto, eso es parte de nuestra tarea y entendemos.

Por otro lado, vamos a continuar con la discusión, yo creo que esto apenas estamos arrancando porque es tema de mucha profundidad y ese es el talante siempre en la Comisión, el Senador Álvaro Uribe lo conoce muy bien, ya faltan pocos pero entendemos el tiempo, falta el doctor Yesid Camacho, Presidente Nacional de Anthoc; Fabián Cardona, Vicepresidente de Acemi; la doctora Elisa Torrenegra, Directora de Gestarsalud; el doctor Juan Carlos Giraldo, Director Ejecutivo de la Asociación de Clínicas y Hospitales; el Pedro Contreras de Asmedas; el doctor Gilberto Quinche Toro, Coomeva; terminamos con la doctora Eva Carrascal de Súper, delegada en Salud; igualmente con la doctora Carmen Eugenia Dávila Viceministra, estos son lo que faltan allí, si se queda alguno por favor nos anotamos acá, ok, entonces aquí por favor en Secretaría, pero no bienvenidos y entendemos las inquietudes y la excusa planteada por el Senador Álvaro Uribe, (intervención fuera de micrófono), están invitados cordialmente doctor y al Banco Magdalena, está muy bien.

Bien, continuamos con el doctor Yesid Camacho, Presidente Nacional de Anthoc y luego Fabián Cardona, Vicepresidente de Acemi. Se anotan por

favor si alguien falta aquí con mucho gusto, bien pueda doctor Yesid, démele tiempo allá por favor.

Presidente Nacional de Anthoc, doctor Yesid Hernando Camacho Jiménez:

Le suplicaría al doctor Uribe que me escuchara antes de retirarse, por qué, porque voy a referirme particularmente a un tema concreto y es en la misma línea que planteó el doctor Mario Hernández en el sentido de que hay dos vías de prestar servicios de salud, hoy el problema del ataque de Trump al modelo de aseguramiento en Estados Unidos ha generado, ha abierto el debate mundial y se habla incluso de un síndrome mariposa en todo el negocio de los seguros en el mundo, si son los seguros monopólicos que ya estaban montados o es la apertura de los negocios de los seguros y qué va a pasar incluso en aquellos países donde los modelos estaban básicamente montados sobre modelos más proteccionistas como el caso de España. Esa discusión nos lleva a nosotros a plantear aquí un debate o a definir cómo se debe orientar el debate, si el debate es, le garantizamos el derecho a la salud a la población colombiana o el debate es como nos alineamos dentro de esa cadena de negocios de seguros que está en discusión en el mundo, ese es uno de los temas, porque es que aquí nos están colocando prácticamente en ese debate.

La discusión de si el problema es simplemente corrupción nos conduciría al primer nivel del debate, ¡ah! resolvamos el problema de algunos corruptos y sigamos con el mismo modelo de aseguramiento que finalmente termina en lo mismo, porque es que si citamos el caso Saludcoop.

Honorable Senador Álvaro Uribe Vélez:

Excúseme, tenía toda la buena voluntad, pero...

Presidente Nacional de Anthoc, doctor Yesid Hernando Camacho Jiménez:

Listo Presidente, entonces sí citamos el caso Saludcoop, es que a Saludcoop no se lo robaron una vez, se lo robaron como tres veces y entonces seguimos diciendo el problema es corrupción, ahorita nos dicen Cafesalud lo vamos a vender, lleva 4 prórrogas, la adjudicación de la venta de Cafesalud; por qué y ahí empiezan a surgir las sospechas, cómo así que no han podido constituir las pólizas para hacer el negocio y resulta que uno encuentra que los que aparecen en el negocio son los mismos que asumieron en el Guainía lo del MIAS y que en lugar de mejorar el servicio, allá en el Guainía pasaron de tener 30 Centros de Salud en el Departamento a 7 Centros de Salud, que son Malocas, que no son Centros de Salud, ese nivel de engaño a la población que es lo mismo que acaba de decir la Personera de aquí de Bogotá, es lo que no puede seguir sucediendo, pero además en el tema laboral yo tengo que hablar, aquí se ha tocado mucho el tema de los Médicos, si es grave, especialmente el de los Médicos Generales, porque en el tema de Especialistas a nosotros no nos pueden decir que la cosa disminuyó con las reestructuraciones en el costo y con la aplicación

del modelo, el costo de los Especialistas se multiplicó por 5 en el país con relación a lo que debería ser si los Médicos estuvieran en la planta y tenemos que decir entonces aquí que en el solo sector público de los 280.000 trabajadores que hay en el sector público, solamente 40.000 están en las plantas de personal, solamente 40.000, los demás son contratistas, tercerizados, explotados, incluso explotados por algunos sindicatos que crearon para disfrazar las cooperativas, son cooperativas disfrazadas de sindicatos y esas cooperativas disfrazadas de sindicatos hoy no le pagan ni siquiera el salario mínimo a personal técnico, le roban sus derechos.

Hay un informe, va a haber un debate el 25 en la Cámara de Representantes sobre el tema de trabajo decente en el sector salud y vamos a presentar un informe de la Auditoría General de la Nación, porque hoy no tenemos tiempo de presentarlo, donde la Auditoría General de la Nación señala que más del 80% de la contratación que se hace en la prestación de servicios de salud y especialmente del talento humano en salud, se hace de manera directa sin ninguna licitación y sin ningunos requisitos de cumplimiento de garantías y derechos, por eso señor Presidente nosotros pensamos y a nombre de Anthoc y de la CUT, queremos plantearle que este debate incluso con algunas exposiciones, con propuestas concretas, porque nosotros presentamos un Proyecto de Ley que casi ni lo tuvieron en cuenta, donde planteábamos otro esquema de prestación de servicios como lo planteó el doctor Mario Hernández, otro esquema de atención en la contratación del sector salud, del recurso humano, se están gastando más de 4.5 billones de pesos en el país y estamos casi seguros que con esa plata se puede garantizar la incorporación a la planta de personal de más de 220.000 trabajadores de Colombia, es decir, que desde el Ministerio que debe ser quien oriente el cumplimiento de la ley y aquí se ha presentado un proyecto de ley que es el Proyecto de ley número 226 que establece darle facultades al Presidente de la República para discutir el nuevo Régimen laboral de los trabajadores de la salud y eso era lo que quería que me escuchara el doctor Uribe, porque es que una de las falencias que tiene la Ley 100 es que volvió a las empresas sociales del Estado, empresas industriales y comerciales, lo que decía la compañera Doris, nosotros somos los únicos empleados públicos en el mundo, no en Colombia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Yesid, lleva 7 minutos, límite máximo, doctor Yesid.

Presidente Nacional de Anthoc, doctor Yesid Hernando Camacho Jiménez:

Ya termino, en el mundo los únicos empleados públicos que en el mundo facturan su salario, de resto los empleados públicos del mundo, el Estado le garantiza el salario y se lo pagan, nosotros lo

tenemos que facturar y no nos lo pagan muchas veces, entonces ese es de los elementos centrales de la discusión que hay que asumir en todo este debate.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, bueno vamos a rogarles por temas de tiempo, si es correcto, Senador Faruk tiene el uso de la palabra.

Honorable Senador Faruk Urrutia Jalilie:

Muchísimas gracias, Presidente. Nosotros en esta discusión que hoy se transa o por lo menos en mi intervención voy a tratar de sustraerme del tema particular, con el tema ideológico particular para situarme en un tema general y paso por comenzar a analizar qué ha sucedido con el sistema y con los actores del sistema en este caso particular las EPS, después de la aplicación de los criterios de evaluación que el Gobierno instauró y lo voy a hacer porque tenemos que mirar el sistema como un ente organizado y articulado que el pluralismo estructurado, doctor Mario, en algún momento consideró que se debía imponer como modelo de seguridad social.

Y hago esta referencia porque mirar el sistema desde una orilla nos impide ver el total del espectro de los factores que inciden en el desarrollo anormal del sistema, si nosotros miramos y me voy a limitar solamente a mirar un aspecto del indicador de solvencia, si nosotros miramos que el indicador de solvencia se compone de un patrimonio técnico donde consideran unas pérdidas acumuladas y consideran unas pérdidas en ejercicio, también unos asuntos que devengan del patrimonio y un patrimonio adecuado, que son los requerimientos solventes por llamarlos de alguna manera. La mirada sobre ese indicador de solvencia nos da a nosotros que a 2015 y esto es a manera de información, 8 EPS del Contributivo y 5 del Subsidiado, obtuvieron un cubrimiento al margen de solvencia, cuando miramos nosotros el porcentaje de la población afiliada que cubren esas 15, entramos en un 49%, de los cuales 428 mil millones de los recursos que cubrieron ese margen de solvencia, fueron de aporte privado y 107.000 fueron efectos patrimoniales de las EPS digamos, 4 de esas EPS capitalizaron y no cumplieron, no me voy a detener en la minucia porque los puedo confundir, 5 quedaron en verificación y 11 no capitalizaron y no cumplieron, ok, hoy el país entero manifiesta una consabida insatisfacción dada por 326.000 quejas en los últimos 5 años que se han recogido dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Y aquí voy a mirar un poco el modelo que el doctor Mario comenzaba a comentar sobre el pluralismo estructurado que comentaba, del cual hizo parte Juan Luis Londoño y Julio Frenk y que sale en el año de 1996 y analiza los 4 modelos o 5 modelos donde era posible conjugar los actores a nivel mundial y se analizaron en ese modelo

todos los sistemas de salud posibles con la diversa conjugación posible entre sus actores, el sistema de pluralismo estructurado sobre el cual se basa la Ley 100 establecía dos principios fundamentales, un principio de articulación y un principio de modulación y se fundamentaba sobre una estructura poblacional y una composición institucional donde las entidades cada una tenía su papel reservado, se conjugaban unas funciones entre sí y a eso se le llamaba pluralismo donde ninguna se imponía. Esa interacción de actores en ese pluralismo estructurado, llevó a la conclusión que el modelo mixto de aseguramiento una vez desechado el estatismo total y la liberación total de los modelos tanto en lo privado como en lo público, empujando la lógica a los extremos, era una modelo que le podía otorgar garantías a un sistema de salud para desarrollarse y le agrega además y le agregó en su momento unos principios que terminaron siendo principios rectores del Sistema de Seguridad Social dado por la Ley 100 de 1993, no contemplaba ni desarrollaba el modelo, el modelo de solidaridad que es una práctica de ayuda mutua, tampoco atendía la universalidad que era la cobertura de contingencias de acuerdo a su capacidad, no me voy a referir a la eficiencia, a la integralidad, a la unidad, a la participación, al tema de Ley 100.

Antes de la Ley 100 ¿Que había?, había un sistema privado, un sistema de asistencia pública, un sistema de seguridad social que se componía de dos partes, un sistema de previsión social que atendía los empleados públicos y un sistema privado que atendía, y un sistema de seguridad social que atendía a los privados, se mantenía en la operación hospitalaria un sistema de subsidio a la oferta, más de 900 aseguradores dispersos por todo el país, sin ningún tipo de control y con una pobre interacción con el Estado.

Se decide tomar el modelo de pluralismo por las ventajas que ofrecía en su momento frente al estatismo y frente a la total liberación del mercado, luego de tanto tiempo hoy con todos los problemas que el sistema está teniendo hoy, lleva en Colombia una cobertura del 97%, una tasa de mortalidad de 14.5 por 1.000 que fue bajando, de mortalidad infantil perdón, que fue bajando ostensiblemente y un gasto no Pos, digamos de bolsillo que comienza a bajar también. ¿Cómo funciona la estructura de financiamiento público del sistema actual?, el Estado está invirtiendo 7 puntos del PIB en salud y el per cápita de nosotros en Colombia es 672 dólares per cápita año, mientras que en Estados Unidos ya que lo nombraron el Obamacare asciende a 10.000 dólares per cápita; en Europa a 9.000 y hacen un 32% menos de actividades que nosotros.

Uno cuando ve ese panorama y no me voy a extender para que alcancen a hablar los demás, se pregunta por qué no se llega, por qué hoy en el sistema de salud no llegamos y tenemos que comenzar a considerar unos aspectos fundamentales dentro del sistema y esos aspectos dentro del sistema que tenemos que llegar a considerar y a

mirar detenidamente, nosotros tenemos que tener como referencia la ley Estatutaria, la ley Estatutaria hoy le ofrece un gran reto para no decir le ofrece un gran riesgo al sistema, al ignorar la regla fiscal.

Al homologar el Pos, nosotros entramos en un proceso de homologación que también ofrece un riesgo moral muy grande que la Superintendencia y el Estado tendrán que afrontar, aún a pesar de tener una ley Estatutaria tan amplia, persiste la tutelitis y los recobros que debieron o deben comenzar a bajar se mantienen en 2.5 billones, no solamente el sistema en sí y la siniestralidad del sistema en sí, incide sobre sí mismo, hay unos factores externos que inciden sobre el financiamiento y que no se han considerado, como por ejemplo el exceso de gravámenes a la empresa privada, el desarrollo empresarial, el aumento del empleo, la corrupción en la inversión en los 15 factores que definen la línea de pobreza en el país, nosotros tenemos que recordar que dentro del ámbito regional se ejecuta gran parte de los recursos del sistema, de forma directa y de forma indirecta las Alcaldías y Gobernaciones tienen unas funciones que inciden en aquellos factores de salud pública y es un componente a cargo del Estado que afecta la morbimortalidad en el primer nivel de atención y la subsecuencia a los niveles superiores.

El tema del empleo hoy en el país rezagado y de la poca formalidad laboral, nos lleva a tener 21.700.000 personas en el Régimen Contributivo y 24.000.000 aproximadamente en el Régimen Subsidiado, una mayor cobertura del Régimen Subsidiado atenta contra las finanzas del sistema, también hay que pasar por mirar si el ajuste a la UPC es suficiente y si es suficiente entorno a la estructura jurídica anexa que tiene el sistema o que rodea al sistema frente a fallos judiciales, también hay que poner la discusión si 7 puntos del PIB como financiamiento son suficientes y son suficientes cuando tenemos un sobrecosto anual de un 16% sostenido en los últimos 17 años dentro del sistema.

Son consideraciones que quiero dejar en la Mesa dentro de mi intervención, porque volviendo al final que tomé como principio que son los indicadores de las EPS, aquellas que cumplieron, uno mira cual podrá ser el futuro y cuando mira el global con una siniestralidad total del sistema del 99.5%, un margen técnico del 5.78 y un margen neto del 5.57, vemos que las pérdidas que requiere el indicador de solvencia del año anterior y del ejercicio en curso conformando patrimonio técnico no le ofrecen un muy halagador panorama al sistema y mi invitación es a mirar el sistema en su integralidad, sin ningún tipo de orilla ideológica porque eso no nos permite avanzar en la discusión, mirarlo en su integralidad nos da una perspectiva financiera, nos da una visión sobre un sistema sostenible y nos puede indicar una ruta correcta a seguir. Muchísimas gracias, señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto Senador Faruk, muy bien, no el Senador él no está...ok muy bien y además él no está citado para mañana en Santa Marta. Muy bien permitimos que el doctor Fabián Cardona, Vicepresidente de Acemi tenga la oportunidad y luego, perdón, continuamos con el doctor Pedro Contreras de Asmedas.

Vicepresidente de Salud Acemi, doctor Fabián Cardona:

Muy buenas tardes, vamos a presentar tres elementos básicamente, uno, qué estamos haciendo las aseguradoras las EPS, dos, cual es la visión nuestra desde los problemas y muy importante, cual es la visión nuestra desde las soluciones.

El rol de las EPS, nos corresponde estar entre todos estos lineamientos del Gobierno, de planeación, regulación y toda la prestación de servicios, aquí nos ubicamos nosotros en este intermedio y en este intermedio que hacemos, para promoción y registro de población, en el sistema en Régimen Contributivo se hace más de 750.000 novedades por mes, esto es, ha requerido inversión en tecnología, apoyo a las empresas, a los trabajadores para hacer este tipo de procedimientos, en garantía del aseguramiento asumiendo todo el componente de riesgo, como lo han escuchado ahorita, el margen técnico bruto en las aseguradoras es negativo, yo los invito a que revisen los estados financieros y ahí está, sí, déficit que han consumido patrimonios de EPS y muy importante el año anterior alcanzamos a realizar una capitalización del orden de los 500 mil millones de pesos.

En toda la gestión integral de riesgo podemos mostrar cómo pasamos un parte institucional superior al 96.8%, disminución de la mortalidad materna en los últimos 4 años del 16% y una gran gestión en captación y manejo de pacientes crónicos que al final de la presentación quiero mostrarles los impactos que hemos tenido.

A nivel de registros poblacionales ya para el año 2015 contamos con 1.280.000 actividades que hacemos al día en el Régimen Contributivo, abogamos por el 75.3% de la población que nos muestra la encuesta nacional de calidad de vida que consulta bien sea a tratamientos odontológicos o de consulta médica general en el año, sí, articulamos la relación con más de 10.000 prestadores en todo Colombia y nos corresponde hacer compras inteligentes y gestión de recursos, esa es nuestra labor, para el orden de los 14.3 billones de pesos.

A nivel de vigilancia y gasto no pertinente trabajamos en desperdicios, ahora solamente les voy a colocar una dispositiva de ejemplo dado el tiempo que tenemos, uno, en reconocimiento de pagos e incapacidad por enfermedad general, gestionamos y trabajamos recursos del orden de los 619 mil millones de pesos el año anterior, a nivel de incapacidades por licencias de maternidad y paternidad y posterior cobro al Fosyga, valores

superiores a los 500 mil millones de pesos el año 2016 para el pago de pensión e incapacidades mayores a 540 días, se espera que este año giremos alrededor de 50 mil millones de pesos.

En prestaciones no incluidas en el plan de beneficios el año anterior se solicitaron y tramitaron 6.600.000 actividades por un costo 2.4 billones y a esto se le hace todo el seguimiento y por último el componente de cotización en donde se hace el recaudo y apoyo de los 14 billones del Régimen Contributivo.

Estos son los mapas que tenemos en este momento y estamos trabajando al interior de los agremiados, de los prestadores y los Entes Territoriales, porque es que el comportamiento de los fenómenos de salud se dan diferentes por región, solamente les traigo aquí el comportamiento de cesáreas, porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, donde tenemos regiones con cerca del 50% de las atenciones hechas por cesáreas cuando el estándar internacional habla del 20%, sí.

Pero veamos la visión desde los problemas, quiero traerles esto y quiero ser muy respetuoso, esto tiene un contexto, por favor déjenmelo contar de la siguiente manera, Reino Unido 2016, 30.000 muertes asociadas al sistema de salud, colapso del modelo Canadiense, tiempos de espera superior a 6 y 10 meses en Madrid considerado el segundo mejor sistema de salud en el año 2016 en la comunidad económica europea, sí, servicios de urgencia totalmente colapsados en uno de los mejores sistemas de salud del mundo como el Reino Unido. Tiempos de espera en el modelo Canadiense donde ya estamos que para que usted empiece tratamiento con Neurocirugía ya estamos a 11 meses, Ortopedia a 10 meses y como les dije antes quiero ser totalmente respetuoso, no quiero decir con esto que mal de muchos consuelo de lo que ustedes ya saben, quiero con esto ratificar dos elementos: primero, que los problemas de salud son estructurales en el mundo, no son problemas de la ciudad de Bogotá, no son problemas de la ciudad de Medellín y de Colombia, son problemas estructurales, porque cuando nosotros encontramos estos países como Canadá, Reino Unido y España, como allá quien hace la función de intermediación es el mismo Gobierno, podemos caer en la trampa de pensar que es que hay que acabar eso y sí señores permítanme mostrarles ya en el 2017 eso es lo que está planteando el Reino Unido, como si la solución fuera cambiar quien está haciendo el proceso de intermediación, entonces ya se está hablando de que lo mejor para el Reino Unido sería privatizar, eso amerita tener otros elementos adicionales, sí, no es la discusión que se debe tener.

Entonces esta visión desde los problemas que cierto, es real, los tenemos, somos conscientes de ellos y les ofrezco excusas, esto es reduccionista por el tiempo que tenemos, pero aquí tiene que ver, uno, hemos tenido incremento en la expectativa de vida que nos ha llevado a incremento de enfermedades crónicas transmisibles, más los incrementos de

cobertura del país que ha llevado a un incremento en la solicitud de los servicios, que ha llevado a una mayor congestión de los servicios y a una insuficiencia de recursos que nos vuelve un ciclo vicioso y en este proceso pues es clarísimo como ha habido una mayor expectativa de vida, está es la expectativa de vida de Colombia el 74.1, el proceso de mayor enfermedad crónica, señores si tenemos más enfermos en todo el mundo, no en Colombia y ojo la gran mayoría de enfermos los tenemos a una velocidad mucho más rápida que la teníamos hace una generación y esto no es un fenómeno de Colombia, esto es un fenómeno del mundo y se ve en obesidad, se ve en diabetes, se ve en cáncer, se ve en patología reumatológica y en salud mental y esto a que lleva, obvio, nos lleva a un incremento de actividades de servicios, lo que les comentaba al principio, 2015, 1.200.000 actividades por día y nos ha llevado sí mantenemos una media en tiempos de oportunidad donde tenemos que reconocer, no todos estamos en los mismos indicadores y eso es cierto y hay trabajo que se está haciendo por cada una de las aseguradoras de manera seria a través de metodologías, pero no solamente va a depender de lo que hagan las aseguradoras, este es el informe del 2016 de la Organización Mundial de la Salud, donde nos muestra en Colombia tenemos 20 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes, cuando en Europa tenemos una media de 100 y ustedes ya miran que pasa aquí, entonces los efectos de la oportunidad no solamente podemos ver en cómo nosotros estamos haciendo las cosas, sino también con la suficiencia de los recursos que tenemos.

No menos importante es el tema financiero, respeto los expertos que dicen que la plata alcanza, pero quiero compartirles, todos los estudios internacionales, este es del grupo de ciencias económicas de la Universidad de Harvard, dice que los recursos en el sistema se van a duplicar en los próximos 20 años, el último estudio reciente del 2014 es de la Fundación Gates donde dice que los recursos en salud se van a triplicar en el mundo, por eso es complejo cuando nosotros pensamos que es que Colombia se va a comportar como un país diferente y la plata alcanza y sobra, no significa que tengamos ineficiencias, no significa que tengamos que reconocerlas y que todos tengamos que trabajar, pero esta es una realidad, sí, y miren invertimos 395 dólares y aquí estoy incluyendo no solamente el gasto de salud, sino el de bolsillo, de los planes voluntarios, etc., pero cuando lo hacemos en precios equivalentes y estas cifras del años anterior publicadas al 2014 por el Banco Mundial, mire, 962 dólares equivalentes a nivel de las Américas, entonces tenemos un plan amplio, tenemos unas dificultades, pero tenemos un déficit de recursos que tenemos que reconocer.

Algunos de los retos, porque no se trata de hacer una evaluación completa aquí, necesitamos consecución de recursos y necesitamos y estamos de acuerdo que ese flujo de recursos asegure los

flujos de caja de los diferentes actores, es una necesidad del país.

Dos, a nivel de las aseguradoras, señores hemos hecho una depuración en el sistema, en los últimos 4 años desaparecieron el 40% de las aseguradoras, 32 EPS han desaparecido, 27 de ellas por procesos de liquidación del Ministerio y Superintendencia, en este momento el rol debe ser en continuar el fortalecimiento de aquellas que quedan, a nivel de IPS públicas necesitamos apoyar en el fortalecimiento de la gestión administrativa y tomar correctivos de lo que estamos encontrando ahorita a partir de los Entes Territoriales.

Desde la prestación, implementar medidas para minimizar la aparición de los carteles conocidos por ustedes como la Hemofilia, enfermos mentales y generar incentivos para incrementar recursos físicos y humanos, tenemos déficit de camas, tenemos déficit de profesionales, tenemos que invertir en los profesionales.

Pero déjenme mostrarles como entendemos nosotros la visión desde las soluciones. Primero, no tenemos un modelo de salud que salgamos a copiar, señores, no existe, no hay una receta, la tenemos que construir entre todos y hay 3 elementos fundamentales en lo que nosotros queremos proponer: primero, la cobertura universal, segundo la generación de valor y tercero la deuda que tenemos en el fortalecimiento de la salud pública, a veces peyorativamente hablamos de la cobertura universal como si fuera algo mínimo, pero miren, aún países como Europa menos del 40% de los países europeos tienen coberturas por encima del 80% y nosotros estamos entre el 96 y el 97%, cuando estamos hablando nosotros de la cobertura financiera, mire aún los países con el mayor ingreso en el mundo, el gasto de bolsillo es del 20%, nosotros tenemos un gasto de bolsillo del 14% y esto lo tenemos que proteger, déjenme mostrar qué estamos haciendo en el Régimen Contributivo en la generación de valor y estas cifras son ciertas, en el año 2008 teníamos identificados 1.000.000 de pacientes hipertensos, para el año 2016 habíamos identificado 2.200.000 y déjenme decirles que esto se hace con plataformas tecnológicas, con capacitación de personal, con entrenamiento, con acompañamiento con los prestadores, hemos incrementado el 126% de identificación de los pacientes, en Diabetes pasamos de 272.000 a casi 700.000 pacientes identificados, la gran mayoría de ellos estudiados, mientras referentes internacionales hablan de control del 30%, nosotros ya estamos hablando de cifras alrededor del 70%, sí. Esto que le ha permitido al país, esta gestión liderada por los aseguradores con el acompañamiento de las IPS y los profesionales, qué le ha permitido al país en estos 8 años, tener un menor costo de los 900 mil millones de pesos, tener un menor costo en VIH de los 289.000 y en aquellos procesos que estamos empezando a trabajar como Hemofilia

86% de los pacientes en profilaxis, como países como Francia e Italia están por debajo del 60%, esto es generar valor para nuestros pacientes, aquí tengo todo un listado del reconocimiento que hacen diferentes organismos internacionales, pero creo que lo más importante es esta gráfica, Organización Mundial de la Salud año 2016, hoy podemos decirle a nuestra población, que la gente que vive entre 30 y 70 años tiene menor probabilidad de morir de una enfermedad crónica, 70%, 80% de toda la gente en el mundo muere por una enfermedad crónica hoy en día, hipertensión, diabetes, cáncer y esto es lo que hemos logrado, ah, nos demoramos 8 años, pero nos falta todavía poder mostrar estos resultados para cáncer, nos falta mostrar resultados en enfermedad pulmonar, todavía nos falta mostrar esto en Salud Mental y tenemos dos opciones y creemos que la opción más correcta es empezar a construir confianza, empezar a fortalecer estos elementos que hemos hecho con diferentes prestadores y diferentes profesionales de la salud, aquí está el reconocimiento, la evaluación que hace The Economics publicada en octubre de 2007 a los modelos de salud en el mundo donde clasifica que modelos están generando valor, es decir, el paciente termina con una mejor condición de salud y tenemos dos países en buen desempeño como es Suecia y Reino Unido, 7 países en desempeño intermedio, que rico poder contarle hoy al país que somos el único país en posición intermedia, nos falta mucho camino por recorrer, pero estamos generando y estamos trabajando en el sentido correcto, sí, el resto de los países se encuentran en bajo desempeño.

Pero señores, permítanme terminar con esta diapositiva, el que la gente esté más enferma no se va a solucionar tomándole la presión arterial todos los días al hipertenso, eso lo que me permite es captarlo temprano, no disminuir los hipertensos, pesar un paciente todos los días no le disminuye la obesidad, me permite saber cuándo está obeso. Si queremos impactar la enfermedad crónica en el mundo tenemos que trabajar en estos elementos y estos elementos son de Política Pública y aquí se requiere el consenso señor honorable Senador Delgado, de Planeación Nacional, del Ministerio de Hacienda, porque esto es Política Pública para asegurar alimentación saludable, disponibilidad de la misma, qué vamos a hacer nosotros con el consumo de cigarrillo, con la actividad física, consumo de licor y todo lo que hoy en día estamos hablando de las alteraciones del afecto y de la paz. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto, a usted doctor Fabián, entonces en ese orden continuamos con el doctor Pedro Contreras de Asmedas, luego la Doctora Elisa Torrenegra de Gestarsalud, por favor.

Presidente Asmedas Nacional, Gran Junta Médica Nacional, doctor Pedro Alfonso Contreras Rivera:

Muy buenas tardes, doctor Delgado, Jesús España veterano ya en esta huestes, el único veterano que queda pues de los de la Comisión Séptima porque los demás se fueron para Santa Marta, doctor Faruk directo amigo y Senador del Centro Democrático, no sé si es del Centro Democrático, porque este fin de semana vi que ni era del Centro ni era Democrático.

Me tocó cambiar la conferencia en el camino, porque se fueron los que tenían que aprender algo de esto que eran los Senadores, doctor Delgado usted que es mi amigo, compañero y copartidario me invitó a que le respondiera una pregunta, ¿Cuál es el rol de las EPS y si hay que eliminarlas o no?, ese es el debate ¿Cierto? Yo le voy a responder 3 preguntas: primero, esto era para los Senadores no para los que saben, perdón la anterior, ¿funcionaron las EPS dentro del contexto legal de la Ley 100 de 1993?, No, quien haya leído la ley, los que participamos aquí como decía Alberto y muchos otros, en ninguna parte de la Ley 100 de las leyes que modificaron y reformaron doctor Delgado, figura que las EPS pueden ser aseguradoras privadas y funcionar con ese modelo, eran unas empresas delegadas del Fosyga y del sistema para que recaudaran los aportes de los cotizantes afiliados y beneficiarios y garantizarán la prestación de servicios a través de la contratación directa, eso es la Ley, nunca metieron de que eran aseguradoras, por lo tanto como están funcionando hoy las EPS están por fuera de la Constitución y la Ley, doy un solo dato doctor Delgado que le faltó a usted, ahí en la dispositiva, en ese trabajo tan interesante, se apropiaron de dinero de la parafiscalidad y público que es con destinación específica y exclusiva para solucionar los problemas de salud del país y de los colombianos.

Algún día se sabrá, así como hemos sabido cuanto se llevaron en Odebrecht y en Reficar, vamos a ver cuánto se han llevado las EPS de la plata que aportaron los trabajadores y los empresarios de Colombia, primer paso. La otra pregunta, la otra, ahí, porque las EPS actuaron más como intermediarios financieros y no se les otorgó eso en la Ley Mario, no se les otorgó, apalancaron negocios nacionales e internacionales con la plata de los colombianos para la salud, compañera Fanny, usted todavía tiene plata para salvar el pago porque tiene que ir a Panamá, tiene que ir a Ecuador, a donde está Saludcoop y se la llevó para la Sinu, esa plata no la han repatriado, Yesid usted recuerda si la han repatriado, no la han repatriado y es de la salud y es de ustedes los trabajadores, yo en una conferencia que tuve con un duro de Acemí un gran amigo mío, colega, que es hoy actualmente el Presidente de la Junta Directiva, no el Director Ejecutivo que es otro gran amigo que es Jaime, este es el doctor Meza, Gabriel Meza me enseñó porque ellos actúan como seguros comerciales y

ahí les tengo la perla, Miguelito Morantes, usted que me dice, Pedro usted porque insiste que son aseguradoras privadas, porque la UPC que es lo que el sistema les da para que atiendan la salud de los colombianos, la convirtieron como una prima y el Plan Obligatorio de Salud en esa época lo convirtieron en riesgo y por eso nos metieron la palabra riesgo en salud, el riesgo, el riesgo, para poder actuar. Que les permite esto, lo que concluye la dispositiva, lo que no gastan doctor Delgado, Senador y Presidente de la Comisión, en salud, deberían devolverlo al Fosyga, ¿Saben qué hacen?, se la apropiaron, no hay una EPS que le haya dicho al Fosyga doctora Carmen Eugenia usted que es cuidadora de los dineros del sistema, le dejo esa tareita, mire en su historia los 24 años de la Ley 100, si una EPS dijo yo no me gasté esta plata en salud, se la devuelvo, no, se la apropiaron, vean ustedes para donde estamos, entonces ahora vienen con el cuento de qué hacer, doctor Delgado, permítame darle una opinión no un consejo, porque usted me los da a mí, yo no, que usted sabe más en política que yo, yo soy sindicalista no más, oiga, si ustedes vieran juiciosamente un criterio ético en la política, esta Comisión debería estudiar más la ley Estatutaria, ni siquiera el doctor Uribe que es juicioso como jefe suyo Faruk, la ha leído y la interpretado, si ustedes leen la ley Estatutaria, no es posible la existencia de las EPS, no caben, por qué, porque resulta que la Ley 100 era un negocio para salud, en cambio la ley Estatutaria es el goce efectivo del derecho, no permite, le dijo al Estado, el doctor Uribe nos dice mixto, cual mixto, si ahora la Ley Estatutaria, la Constitución dice, único responsable de la salud de los colombianos, indelegable, servicio esencial público es el Estado, Mario, lo que no le gustó a usted que le pusiéramos ahí en el artículo, que fuera el Estado el responsable, no, era que usted decía que además tenía que resolver otros problemas, pero hasta ahí llegamos, doctor Delgado así dice el primer artículo, después dice, no se puede delegar este servicio, este derecho, no le es dable al sector privado, garantizarlo, no es tarea apenas es lógico, por eso sabiamente este Congreso lo aprobó, aprobó 26 Artículos sin ninguna compra de ningún voto, de ningún Parlamentario doctor Delgado, solo explicándoles este sencillo criterio de que los colombianos tenemos que tener el goce efectivo de un derecho como la salud, claro, estamos en medio de este Congreso doctor Delgado y algún día me lo contará, porque no nos habíamos visto últimamente, porque estamos en otra cosa ¿Cierto?, pero le cuento a usted una cosa, como no aprueban el derecho fundamental y constitucional del agua, aprueban el de la salud como tal autónomo e independiente y no aprueban el agua, que es básico para proteger la salud de las comunidades y la pasaron, todo por qué, porque era de color verde el Proyecto de Ley y entonces se la negaron al Partido Verde para que no salieran a hacer campaña con eso, yo no sé si iban a hacer campaña o no, pero vea, el Estado tiene obligaciones, eso no las tienen las EPS, el de garantizar el flujo de los recursos

para atender de manera oportuna y suficiente la necesidad en salud de la población, ese es el afán de las EPS doctor, no, no es, no es, las EPS estaban en el mejor negocio y legalmente hoy están por fuera de la Constitución y la Ley, hoy no les permite, qué hacían las EPS, es un negocio tan brillante doctor Faruk si usted no lo ha mirado porque siempre fue en las IPS, imagínese a las EPS llegan 50 billones de pesos y de entrada cogen el 10% 5 billones de pesos legales, sin corrupción, qué negocio en Colombia da 5 billones de pesos pre pagos, ni uno, solo el de la salud, doctor Delgado así es la mano, ahora, que de los 45 se lleven más, no me meta en esa tarea porque no es mi tarea, yo se la dejo a Alberto que sabe más economía, yo soy un simple médico general, estamos en ese cuento.

Y sigamos doctor para decirle, la sostenibilidad, vea, no va a faltar plata para el goce efectivo del derecho según la Constitución, por qué, porque el Estado tiene que buscar la plata y la hay, aquí vino el Vicepresidente de EPS y dice yo no creo que haya plata, y yo le digo que sí y le demuestro que sí, si con 50 billones de pesos que hay en el país para salud, los que saben de salud no somos capaces de armar un modelo de salud que privilegie la promoción y la prevención a la enfermedad, nos quebramos con el mejor economista, pero aquí lo que hay que hacer es promoción y prevención, eso no lo hacen las EPS, eso no lo hacen las EPS doctor, no se desgaste en que si hay que eliminarlas, no, están por fuera de la Constitución y la Ley, lo que tenemos que hacer es lo que han comenzado a mostrar aquí, sentémonos, discutamos cual es la interpretación de la Comisión Séptima sobre la ley Estatutaria y digamos cual es la arquitectura de un nuevo modelo y sistema y entonces hagamos un modelo de salud para los colombianos, no para el negocio y hagamos un modelo de atención para los enfermos, para los que se nos enfermen si no somos capaces de prevenir la enfermedad, eso es lo que tenemos que hacer. Qué negocio puede seguir doctor Faruk, permítame porque es que es único Senador aquí fuera del doctor Delgado que es mi amigo y usted también, doctor que negocio puede seguir si los Médicos tenemos por Constitución y ley, autonomía médica, es lo que requiere el paciente, claro yo sé que mis colegas no lo hacen por temor y miedo, porque tienen el temor de perder unas boletas que le reconocen un billete, 6 u 8 o 1 mes o 1 año después, ¿Estamos?, pero es que a la autonomía médica le sigue otro artículo, la siguiente, y es el de decirles que nos tienen que respetar las organizaciones que vayan a estar en la salud, que la Constitución y la ley, la Corte Constitucional ordenó que para yo trabajar en salud tengo que tener vínculo laboral para tener pertenencia y responsabilidad, Sentencias de la Corte reiteradas, unificadas que dicen que hay que radicar doctor Delgado, de la faz de la jurídica de este país, la intermediación laboral en salud, por lo menos en salud.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Pedro lleva 12 minutos y el tiempo eran 5.

Presidente Asmedas Nacional, Gran Junta Médica Nacional, doctor Pedro Alfonso Contreras Rivera:

Pero es que llevo 2 organizaciones Asmedas y Sintra Seguridad Social.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

No, 5 minutos, lleva 12 minutos Pedro.

Presidente Asmedas Nacional, Gran Junta Médica Nacional, doctor Pedro Alfonso Contreras Rivera:

Termino en 2, termino en 2, 2 minutos más. Política Farmacéutica, la siguiente, claro que la Política Farmacéutica hay que regularla esto no es de ninguna cosa por cotización doctor Bravo, usted me enseñó que la ley había una ley que la del Comercio, que tal cosa, entonces por eso la pusimos en la Estatutaria, porque es de la Constitución, que el que rige la salud rige los precios, la fabricación, la distribución y el costo de los medicamentos, eso es del Ministerio de Salud, por los otros decretos que sacó Comercio Exterior y todo eso no vale nada, porque por encima está la ley Estatutaria y el es que regula y dice cuál es el interés público, igual es el precio, es así o no Mario o estoy equivocado, usted me enseñó eso, ah bueno, listo y vamos vea doctor Delgado y termino con el último minuto que me dejan, ¿Qué es este artículo de la ley Estatutaria y la Constitución? 26, dice: deroga todo lo que sea contrario y la Ley 100 es lo más contrario al goce efectivo del derecho, porque ese es un negocio la Ley 100, fue montado financieramente, no hay nada en salud, entonces, no necesitamos reformar, ni transformar la ley, necesitamos es organizar el goce efectivo doctor, vamos a hacerlo, yo lo voy a acompañar, me voy a comprometer con usted, yo hacía rato no venía aquí, porque es que aquí es muy difícil trabajar, porque antes era un criterio sumamente neoliberal, ahora que se abrió el derecho democrático, el derecho al derecho, entonces hay que volver para que los Senadores se equivoquen poco y podamos construir un modelo de salud que le dé realmente el goce efectivo para los colombianos. Muchas gracias, doctor Delgado.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bien, a usted doctor Pedro Contreras, muy bien. Entonces vamos a permitirle a la doctora Elisa Carolina Torrenegra, Directora de Gestarsalud, luego seguiremos con el doctor Gilberto Quinche Toro de Coomeva.

Directora de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Presidente, me voy a permitir pasar yo misma la presentación desde acá por efecto de tiempo. Yo quiero saludar la iniciativa de revisión del tema, porque la Comisión Séptima siempre ha sido

como lo decía el Senador Delgado, una Comisión que escucha, una Comisión que se ha basado en la evidencia y no en la tradición oral, yo creo que es muy importante, muy importante a este tipo de debates, traer datos ciertos, yo invito a mi gran amigo Pedro Contreras que pena que te tenga que hacer esta precisión en honor a la amistad, léase el artículo 14 del 1122 de 2007, el artículo 24 de la 1438, el Decreto, perdón, la Resolución 1740 de 2008 y la Resolución 429 de 2016 donde se le da la responsabilidad a las EPS de administración del riesgo, por ende, las que están haciendo administración del riesgo que es lo que debe ser, no están cometiendo ningún abuso, en principio esa precisión Senador Delgado, porque me parece delicado hablar con imprecisiones y tú me excusas Pedro, sabes que te quiero mucho, (intervención por fuera de micrófono), por favor léanlo.

Otra cosa que quiero precisar antes de empezar a utilizar mi tiempo y que pena Senador, pero la Comisión merece respeto y merece respeto, es que tengo la representatividad de casi el 25% de la población del país y casi el 50% del Régimen Subsidiado con presencia en 30 departamentos, 3 distritos donde tenemos 1.400 alianzas de usuarios funcionando, Senador alianzas de usuarios que lastimosamente no pueden venir a Sesiones como esta porque no tenemos quien las financie y nosotros no lo vamos a hacer, eso simplemente lo que nos da es una legitimidad de las cosas que decimos, invitamos a la Comisión Senador, esta Comisión que siempre se ha evidenciado su nivel de análisis, pero también de su posibilidad de recorrer el país, que cuando vaya a una región del país nos avise y nosotros le organizamos los usuarios que están en contacto con los servicios y que les digan las inconsistencias y las inconformidades, porque esto hay que mejorarlo y que digan donde tienen las inconformidades en el acceso a la salud.

Esto que está en pantalla es simplemente un recordis que la función que tenemos ordenada por ley, pero nuestro concepto en la Asociación de Gestarsalud es con todas las EPS asociadas y de la mano con el Ministerio en lo que es la reglamentación de lo que la Ley 1122 definió como responsabilidad de las aseguradoras, de las EPS como la gestión del riesgo y de la mano con la Superintendencia, hacemos gestión poblacional del riesgo y es lo que se debe hacer. Es como cuando uno recuerda a un profesor, uno recuerda profesores buenos que le aportaron, regulares y malos y no por eso se acaban los profesores, porque existan malos.

Aquí hay que hablar claro, aquí hay Entes Territoriales que se han portado muy técnicamente dentro del sistema y han hecho su rol, Entidades Territoriales como Bogotá por ejemplo, como Barranquilla en su momento entre otras, hay IPS que han cumplido a cabalidad su función y hay EPS que también lo han hecho, entonces cuando se define un debate como estos, que lástima que el Senador Delgado se salió, pero la primera

propuesta nuestra es que el debate fuera de mirar el rol de cada uno de los aseguradores y su grado de cumplimiento, porque a mí sí me gustaría revisar el grado de cumplimiento de cada una de las Entidades Territoriales en lo que dice que es la gestión poblacional del riesgo, que es las intervenciones colectivas y la intervención de determinantes sociales, que son importantes para la salud, porque si no, no puede haber salud, porque el tema nutricional no está en el Pos, porque el Acueducto no está en el Pos, porque la recolección de basuras no está en el Pos y porque el Pos lo contratamos con red pública y privada a quienes les giramos el dinero y no siempre cumple.

Entonces yo sí quiero Senador Delgado que al interior de esta Comisión se haga un análisis de lo que debe hacer cada uno de los actores y que se revise eso y con todo gusto le digo al señor Villamil, lo invito a presenciar la experiencia del Guainía, pero a presenciarla con datos, perdóneme no me interpele que yo no lo he interpelado, una experiencia que después de 20 años de estar una EPS a cargo, tenían el 17% de la población con acceso al servicio de salud y hoy, hoy, hoy después incluso con corte 8 meses teníamos el 80% de cobertura de la caracterización que ya les voy a mencionar como se hace, pero no es el momento de la discusión.

Yo le quiero decir Senador Delgado, que si una cosa hay que traer a esta Comisión son realidades y datos, ni tradición oral ni intención de daño, porque eso si de verdad que nos daña. En el sistema en el Régimen Subsidiado y hay veces que los números no importan o los años no importan sino para los vinos y los quesos, aquí en el sistema si pesan los años de trayectoria de cada uno de nosotros, porque hemos visto como cuando empezó el sistema la base de datos era un desastre, la base de datos de afiliación hoy se gesta una base de datos única, con todavía imprecisiones, qué están haciendo las aseguradoras, eso ha avanzado mucho, hay una empresa y me voy a permitir muy rápidamente Senador, poner una EPS como ejemplo de cada uno de los procesos del desempeño de lo que debe ser un asegurador, está aquí en pantalla en un sistema de afiliación en línea que se tiene en una de nuestras EPS afiliadas que es Cajacopi y aquí está la certeza de que los afiliados que están en la base de datos están siendo incluso validados, verificados previamente antes de empezar a ser cargados al sistema para evitar precisamente los descuentos posteriores.

Esto que está en pantalla es un proceso que estamos llevando en la mayoría de EPS que están asociados, es un ejemplo de Ecoopsos, una empresa pequeña con muchas dificultades, con muchas dificultades, ¿Qué es lo que está haciendo hoy?, y lo tengo con datos, con datos Presidente, en donde no es solamente la administración de una base de datos, sino una caracterización del riesgo tanto individual y colectivo, luego la inducción del riesgo de la gestión, de la prestación por

clasificación de esos riegos, las intervenciones que a mí me parece buenísima esta presentación, cuando aquí pone las intervenciones en salud en cabeza de los 3 responsables de esto que son las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales, unos resultados que se monitorean sistemáticamente y una demostración de que haciendo promoción y prevención, aquí se ha dicho que no se hace, los que quieren conocer la experiencia se la tengo y se la tengo en la cobertura que acabo de mostrar y es donde he estado monitoreando como se articula la gestión de la identificación del riesgo, la intervención del riesgo y el control de un costo eficiente de unas actividades que realmente son efectivas para la población y generan resultados.

Esto es el resultado de lo que otra de nuestras EPS tiene, coincidentalmente la de mejor reputación en el país Coosalud y la que sistemáticamente en 3 Ranking oficiales del Ministerio ha sido calificada por usuarios, por acceso al servicio y por satisfacción, como la mejor EPS del país.

No sé, hoy he escuchado algunas precisiones y no sé qué interés hay, pero yo me brindo a mostrarles la experiencia. El proceso de caracterización que se lleva incluye no un censo, el censo ya pasó, esa época ya no existe, incluye la visita vivienda por vivienda, esto lo hace Coosalud en toda su organización pero se hace en el Guainía y tenemos cruce de documentos y de situaciones que viven nuestros usuarios en sus viviendas, identificando y cruzando cada una de estas situaciones y tenemos un formato, que la idea es que vean la magnitud de los datos y la minería de datos que se le obtienen al usuario y eso no lo tenemos en papel, eso lo tenemos en un sistema off line que tan pronto llega la persona que va, porque es un gestor indígena y un auxiliar el que va casa a casa y tan pronto se conecta ese sistema, se tienen en línea estos datos con todo esto, nuestros equipos van a cada una de las viviendas con equipos para administrar y atender de una vez a la población. Si está una mujer embarazada se le hace control de embarazo, si está un niño se le hace todo lo que se tenga que hacer, así se ha aumentado y estos son los pasos que tiene el CIGRI que es el Sistema de Caracterización del Riesgo que tiene Coosalud, que me encantó la presentación del médico donde decía, nosotros también tenemos que revisar nuestro rol, por supuesto, soy médico y sé cómo me formaron y sé que ahora tiene que actualizarse esa formación hacia poder identificar los riesgos y a que no tenga tanta prisa por irme a especializar, pero ahí va de la mano con otra cosa que es el ingreso.

Esto es el resultado señor Villamil, del 17% que había en el Guainía, hoy hay el 80%, 79.7 con datos, nombres, todo, qué es lo que nos ha fallado en el Guainía, lastimosamente la Secretaría de Salud Departamental no nos ha entregado los puestos de Salud y nosotros hemos tenido que atender a la población en Malocas, ¿eso es malo?, es su ámbito, el de los indígenas y el que ellos

prefieren. Estos son los hallazgos con datos de la población que se caracteriza y se induce a los diferentes programas de intervención según riesgo medio, alto y bajo y lo tengo en cada una de las intervenciones priorizadas.

Adicionalmente a eso, cuál rol es de la EPS, además de eso la base de datos la tenemos que utilizar para mirar la pirámide poblacional en intensidad y carga de enfermedad, porque no es lo mismo tener una mayor carga del país en número de afiliados de una población entre 12 y 14 años, que tener una carga poblacional más alta en las personas de 39 a 70 años, eso a nivel de UPC impacta y eso también es nuestro rol porque es nuestra obligación. Con esta caracterización individual y poblacional hacemos toda la gestión de los programas de riesgo y yo quiero que miren esta franja que está aquí basando esto, es la base de todo el modelo, traigo ese ejemplo de Ecoopsos, gestión social del riesgo, aquí se armaron unas empresas solidarias hace más de 20 años y se depuraron con toda justificación en su momento y quedaron 8 empresas y este es el modelo que los actores sociales buscan a estos pacientes y usuarios, no solamente para garantizarles la pregunta si realmente se están tomando o no los medicamentos, si le autorizaron o no, sino también a ponerlos a hacer ejercicio en el barrio si tienen sobrepeso, si tienen riesgo cardiovascular, porque es un desperdicio, es un desperdicio de dinero lo que se está haciendo en muchas IPS públicas que se les está mandando el dinero y no lo hacen, tenemos que ser ineficientes...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Doctora Elisa, cuántos minutos.

Directora de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Ya voy a terminar.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

¿Dos minutos más, tres?

Directora de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Tres minutos por favor.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Tres, bueno, por favor.

Directora de Gestarsalud, doctora Elisa Carolina Torrenegra:

Ok listo. Aquí pues, ni modo, somos los que tenemos la responsabilidad de la población en Régimen Subsidiado, aquí tenemos en estas gráficas y las voy a pasar muy, muy rápido, muy rápido, todo lo que es la evolución de los programas de gestión del riesgo donde estamos evidenciando cómo a pesar de darle el dinero a la red pública no tenemos las intervenciones que se requieren y ahí señora Viceministra, señora

Superintendente tenemos que revisar el tema. Nosotros estamos pagando una cápita, una cápita porque tenemos obligación de norma hacerlo y tenemos que implementar actividades paralelas con equipos incluso que ya voy a mostrar en fotos, en fotos de nuestros equipos móviles que están yendo a las zonas a atender, a hacer consultas externas, odontología y todo lo demás, porque la red pública no nos lo hace, miren por ejemplo y aquí tenemos la evidencia de lo que realmente se tiene que hacer y financiar de manera paralela porque en la red pública ni siquiera se tiene el recurso humano, pero no porque no quieren, es que no pueden, es que el modelo de prestación de la red hospitalaria de este país es intracaps, es intramuros y en el Subsidiado no se requiere eso.

Otro rol Presidente para terminar, tenemos que estar revisando permanentemente la suficiencia de la red antes de llegar la señora Superintendente, porque tenemos que hacerles informes sistemáticos y periódicos sino ahí van las sanciones, de las 500 sanciones que estaban allí, que el Senador Delgado estaba diciendo, muchas se hacen precisamente porque no se tiene, entonces ese es también nuestro rol, pero miren qué preocupante, de las auditorías que hacemos de calidad de la red, nada más lean esto, el 84% salieron con planes de mejoramiento porque no cumplen con las condiciones ni siquiera de los sistemas de calidad y tenemos que seguir trabajando con ellos y girándoles el dinero y aguantándonos que no nos manden información porque cualquier tema, no tienen computadores, no tienen sistemas y todo lo demás.

Senador, lo importante adicionalmente, ya de verdad que termino, es la evidencia de que con ese modelo que estableció en la 1122 que no hemos podido aplicar por la obligatoriedad, se logra controlar el costo en salud o sea realmente estamos siendo una EPS que estamos no solamente interviniendo, identificando el riesgo, interviniendo el riesgo sino haciendo un control sanitario, eso no nos lo inventamos aquí estamos en el ranking oficial, estamos dentro de las mejores EPS del país, pero lo más importante Senador y el resto de la Comisión Séptima es, que las EPS que no han logrado todavía avanzar en eso, avancen hacia una gestión poblacional del riesgo con control de resultados permanentes, con satisfacción del usuario, pero además soportándole al país una adecuada gestión sanitaria que convine, resultados en salud, equilibrio costo – gasto. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bueno a usted muy bien doctora Elisa. Entonces doctor Gilberto Quinche y luego con el doctor Juan Carlos Giraldo, Director Ejecutivo de la Asociación de Clínicas y Hospitales.

Gerente General Sector Salud de Coomeva, doctor Gilberto Quinche Toro:

Muchísimas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Me excusa doctor vamos a pedirles por el tema de los tiempos de los demás.

Gerente General Sector Salud de Coomeva, doctor Gilberto Quinche Toro:

Sí, voy a ser muy breve Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Que nos ayude, claro que nosotros aquí en el Congreso iniciamos labores 2 de la tarde y continuamos hasta las 10, 11, 12 de la noche no hay problema, el tema me da pena es con ustedes.

Gerente General Sector Salud de Coomeva, doctor Gilberto Quinche Toro:

Muy bien, no, muchas gracias por la posibilidad de intervenir, estaba oyendo atentamente cada una de las intervenciones y recordándome aquí con estos colegas que están aquí al lado, en los años 70 cuando yo entré a estudiar medicina hace ya casi 40 años y los diferentes pasos que hemos hecho por todos estos agentes que nombramos hoy en día, por eso realmente concentrarse en si la solución es con EPS o sin EPS creo que es un error y afortunadamente lo han recogido muchas de las intervenciones que hemos tenido, estamos en un momento en que debemos reconstruir el sistema, un sistema que es mejor que el que había antes, realmente las calificaciones que uno puede dar al sistema hay que apartarlas de una calificación perceptiva, sensitiva y hay que tratar de hacerla en términos mucho más objetivos, de indicadores y ahí tendríamos, cada uno tiene los diferentes argumentos para decir qué es bueno, regular, malo según el pilar estadístico desde donde se quiera parar.

Yo he sido un promotor permanente del diálogo y ahora que llevo casi 4 años en el sector solidario, después de venir del sector público durante tantos años, puedo dar fe de que aquí en esta institución, en esta cooperativa y en este grupo empresarial, donde empleamos a cerca de 10.000 profesionales del sector salud, son 10.000 personas las que trabajan con nosotros, de esas 10.000 personas, 9.500 personas están en la nómina de planta laboral, yo creo que ese es el primer paso que debemos dar, esto no se va a arreglar si no logramos que la esencia, la materia prima con la que queremos cuidar la salud de los colombianos, los profesionales de la salud y ahí no son solo los médicos, son las enfermeras, son todas las profesiones que tienen que intervenir allí para ese cuidado de la salud, porque además nos decimos, el sistema debe ser enfático en promoción y prevención y quiénes son los que hacen promoción y prevención, ¿las EPS?, la promoción y la prevención tienen que hacerla los profesionales de la salud, los equipos de salud que interactúan con las EPS, que están, que vuelvan los gestores, no importa la figura que tengamos,

estamos claros que debemos lograr hacer un cambio en la actitud del manejo del sistema de salud, del manejo del comportamiento de las diferentes personas que actuamos para cuidar la salud de los colombianos.

Hay tres elementos fundamentales que debemos construir, creo que en uno hemos venido avanzando, yo siento este debate, hacía rato no estaba en estas Audiencias Públicas y las que recuerdo todavía tenían demasiada sangre de por medio, había demasiados rencores y demasiados enfrentamientos, creo que hoy estamos en una posición distinta, en donde estamos buscando más el diálogo y la construcción y eso tenemos que seguirlo haciendo, tiene que haber una entrega dedicada de los médicos, del ciudadano, de la Rama Judicial, de las IPS, de las aseguradoras, de la industria farmacéutica, todos debemos poner, poner más que lo que estamos poniendo, más que buscar en dónde está el problema del otro, es qué más podemos hacer cada uno de nosotros para corregirlo y los modelos están reinventados y Colombia tiene mucho que mostrar, lo hemos visto ahora de lo que ha hecho el país, que no son las EPS, las EPS han sido un agente allí que ha permitido que a lo largo de los últimos 24 años, tengamos esos indicadores de salud que mostrábamos.

Pero, aparte del diálogo, de la confianza, de la construcción, de la buena utilización de los recursos, seguramente nos podemos evitar trámites, podemos disminuir las cargas administrativas, todo eso es válido, quisiera poner el énfasis para invitarlos a todos a que pensemos en los recursos y lo digo desde un actor que está en el día a día sufriendo esa dificultad, porque la EPS en donde estamos nosotros actuando, es una EPS que recibe mensualmente 200 mil millones de pesos, pero es que recibe 200 mil millones de pesos y las facturas que le llegan se acercan a 300 mil millones de pesos y seguramente allí hay unas facturas que no son y hay el pedazo del No Pos que ese es otro problema que también debería hacer énfasis, pero creo que le debemos dar el tiempo al Gobierno que ha venido trabajando en el Mipres, en los fondos de prestaciones, en ver si la transición hacia la Ley Estatutaria logra llevarnos a una solución, porque ese es un problema fundamental, pero hoy para poder seguir pensando, para poder seguir debatiendo, necesitamos pagarles a los médicos, pagar los insumos, que los Hospitales no colapsen y que las EPS tengan la posibilidad de hacer esa entrega de servicios, porque si entramos en otras liquidaciones, si sencillamente creemos que entrando en una cesación de pagos vamos a construir algo, sería imposible, el Gobierno ha venido haciendo esfuerzos, se hizo a través del Congreso de la posibilidad de utilizar 0.5 del IVA para salud, pero es insuficiente, logramos sobrevivir los 2 años anteriores gracias a grandes esfuerzos del giro directo, las compras de cartera, nosotros hemos puesto 100 mil millones de pesos

frescos de capitalización para poder dar flujo, pero en este momento lo que invitaría es a todos, si bien debemos seguir construyendo, seguir dialogando y seguir buscando algo de futuro, no olvidemos que para poder pagar en este mes de mayo, para poder pagar las primas del próximo mes de junio, necesitamos más recursos, hay que pensar y entre todos buscar la forma de lograr garantizar y si no, no vamos a tener la posibilidad de pagar y de poder seguir debatiendo. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Listo doctor Gilberto muy preciso en el tiempo, muchas gracias. Vamos a permitirle al doctor Juan Carlos Giraldo, luego la doctora Eva Carrascal, Superintendente Delegada.

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

Señor Presidente muy buenas tardes, un cordial saludo para usted, para todos los integrantes de esta Célula Legislativa y a todos los integrantes del sector salud.

Yo en primer lugar siempre digo esta frase: yo rescato el papel del Congreso de la República, aquí siempre ha habido oídos para escuchar las quejas, las propuestas y los debates que vienen desde el sector de la salud, desde el sector real, así que ustedes no son responsables de lo que está sucediendo, ustedes han ayudado, han abierto las puertas, han promovido las reformas al sistema, ya otros son los responsables de la implementación de ellas.

Qué debo decir yo, tengo varias familias de ideas para presentarlas a ustedes el día de hoy, la primera de ellas, una cosa es el aseguramiento y otra cosa es la EPS, el aseguramiento en salud lo debemos entender como qué, como la seguridad de encontrar o disponer respuestas efectivas y oportunas frente al riesgo de enfermar y/o ante el siniestro que ha afectado la salud y las consecuencias económicas, laborales y sociales derivadas de ese daño. Esa seguridad cómo se adquiere, pues se adquiere en términos económicos por unas cotizaciones, por unos subsidios, por unos impuestos, por unos gastos directos o por una mezcla de todos esos recursos. Qué se compra con esa prima, se puede conseguir un plan de beneficios, una disposición de red, unas acciones de promoción y prevención y unas medidas o prestaciones indemnizatorias, eso es el aseguramiento siendo muy conciso.

Qué es la EPS, la EPS en cambio fue qué, una medida táctica, digamos una valiosa herramienta táctica diseñada por la Ley 100 de 1993 para gestionar el aseguramiento, las funciones y la esencia de las EPS en realidad en los primeros años no estuvieron muy claras, tanto que tuvimos que llegar en la Ley 1122 que hoy cumple 10 años de existencia, a definir cuáles eran esas funciones exactas de lo que entendimos como aseguradores de ahí para adelante.

Entonces, aseguramiento y EPS no es un sinónimo, por lo tanto, modificar o remodelar el alcance de EPS de la EPS es otro movimiento táctico que no implica por sí mismo acabar el aseguramiento, el aseguramiento es la esencia, la EPS es una de las formas posibles de gestionarlo.

Mi segundo conjunto de ideas, pero vale la pena que seamos técnicos en la evaluación y entonces teniendo claridad sobre cuáles son las funciones de la EPS y atendiendo al llamado que usted nos hace Senador Delgado, pues uno debería mirar entonces cuáles son las funciones y qué es lo que se ha cumplido, hablando, empezamos a hablar de la gestión en riesgo de salud, yo debería decir, la evaluación debería ser absolutamente objetiva y EPS por EPS, cohorte poblacional, por cohorte poblacional nosotros deberíamos tener un set de resultados en términos de salud y gestión del riesgo sanitario de esa población para poder decir quién fue más afortunado, quién fue infortunado, a quién le fue mejor, a quien le fue peor. Pero no es muy fácil conseguirlo en la información disponible, hay alguna información oficial y destaco el papel del Observatorio Nacional de la Salud y del Instituto Nacional de Salud, pero es muy difícil para el debate dedicarnos indicador por indicador, hay información que vale la pena que el Gobierno la pueda convertir en algo más público para que podamos debatir, pero de entrada uno sí puede decir que hay algo en lo que nosotros no nos deberíamos simplemente detener y es en qué, en ese ejercicio contable donde todos, todos los actores simplemente venimos a decir cuántas cosas hicimos, a veces decir que hay 400 o 500 millones de intervenciones, no significa nada en términos de resultados para la salud de la población, ese es un ejercicio de las actividades que se hicieron, pero no de los impactos que estamos logrando y eso le cae a las EPS y a todos nosotros también.

Ahora, hay muchos indicadores aproximados para poder mirar los temas, unos que son más directos y otros que son indirectos, yo diría de entrada, que una de las miradas que debe darle uno al tema de la Epidemiología o de los perfiles epidemiológicos es a la carga de enfermedad y nosotros en Colombia qué tenemos en carga de enfermedad, yo sí aspiraba a que con el ejercicio de promoción y prevención, derivado de las actividades de las EPS y de las Entidades Territoriales, nosotros pudiéramos por lo menos frenar la velocidad del avance de la cronicidad que estamos teniendo en un país como el nuestro. Tenemos en este estudio que es internacional de carga de enfermedad en un periodo de 5 años, una evolución rapidísima de la cronicidad pasando de un 76% de la cronicidad, a un 83%, eso no es un buen resultado para la población, porque el mundo tenía como meta llegar, meta no, como estimado llegar (intervención fuera de micrófono), del 76 al 83%, es decir la caja de enfermedades crónicas

pesa más, se expande frente a los otros tipos de enfermedades.

El mundo desarrollado estaba esperando que se iba a llegar a un 75% de carga de enfermedad crónica para el año 2020, nosotros en Colombia ya estamos en el 83% y esa no es una anécdota estadística, de aquí se deriva cuando usted empieza a mirar los resultados cómo el crecimiento de la prevalencia de hipertensión arterial ha aumentado en un 89% y de eso usted entiende el desastre cardio cerebro vascular renal que se nos viene encima y por eso tenemos un incremento de la enfermedad renal crónica y por eso tenemos un deterioro y una presentación mayor de enfermedad cerebrovascular y todos los otros complejos sindrómicos que vienen de ahí para adelante, eso es una cuestión que es grave, sabemos que los sistemas de salud por sí solos no controlan los perfiles epidemiológicos, pero el buen o mal desempeño de las entidades da buenos o malos desenlaces con respecto a la epidemiología.

Yo debo decir que hay luces y sombras, esa es una de las sombras grandes, hay otras luces, nosotros encontramos como la mortalidad materna o la mortalidad perinatal viene disminuyendo en el país y lo celebramos, pero apenas usted pasa la página de esos indicadores, usted encuentra cómo aparece de frente la desigualdad y la inequidad y eso se ve de manera aguda en las cohortes poblacionales de las diferentes EPS, que inclusive tienen diferencias tremendas de región a región, uno encuentra en un indicador de mortalidad perinatal cuya fuente es un sistema de evaluación de indicadores de actores del Ministerio de Salud, encuentra uno cuando ve la mortalidad perinatal que hay diferencias entre Contributivo y Subsidiado, en el Contributivo del 3 y en el Subsidiado de 5.98 muertes por mortalidad perinatal por mil habitantes, esa es una diferencia tremenda de 1 a 2 y cuando usted entra y mira dentro de las propias EPS de cada uno de esos Regímenes, los rangos se mueven entre 2 y 6 o entre 2 y 13, es decir, países del primer mundo con resultados de países del tercer mundo dentro de la misma EPS, esa variabilidad, esa desigualdad yo creo que ahora que llegamos a la cobertura universal es el capítulo fundamental para seguir avanzando y tratando de encontrar mejores soluciones.

Esos son unos proxis directos, pero también hay indicadores indirectos de la evaluación, del funcionamiento del sistema y de las EPS, que tal lo que han presentado ahora sobre peticiones, quejas, reclamos y otras dos o tres siglas que ya son ininteligibles, hemos tenido 1.300.000 de ellas en un periodo que va del 2013 al 2016, eso es mucho, pero el crecimiento del periodo 2015 a 2016 es de 44% y también usted encuentra en las tasas de afiliados entre Contributivo y Subsidiado tremendas diferencias donde reivindico Régimen Subsidiado que tiene un mejor comportamiento que el propio del Régimen Contributivo y si usted

sigue buscando indicadores, le estoy sugiriendo señor Presidente una cantidad digamos de miradas o aristas que usted debe acoger en la evaluación de las EPS, miremos el tema de las tutelas y usted encuentra cómo vienen creciendo, el último año hemos estado con 238.000 ciudadanos que han tenido que interponer una tutela, pero con un indicador brutal por dentro y es cuál, que la mayoría, la proporción mayoritaria de las tutelas que se interponen son por componentes que sí están dentro del Plan Obligatorio de Salud, donde cerca de un 64% es por prestaciones Pos y el resto por cuestiones No Pos...

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Dos minutos mi doctor.

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

Señor, me falta bastante todavía, pero aceleraré. Ahora, el tema de la frecuencia de uso, es otro de los grandes problemas, no hemos podido frenar la frecuencia de uso, se ha disparado la frecuencia de uso, muchos son los mecanismos que nos han llevado a eso, pero estamos viendo que en algunas intervenciones y en cosas sencillas, consultas de urgencias, consultas de Medicina General, consultas especializadas, estamos teniendo crecimientos del 40 y 50% en los últimos periodos evaluados, eso hace insostenible cualquier sistema de salud, porque está soportado es en lo asistencial y especialmente en la alta complejidad y no estamos teniendo un freno natural de esas demandas allá en la base o en la preventivo donde debería estar.

La segunda forma de evaluar grande las EPS, es la gestión del riesgo financiero, fuentes oficiales, la primera de ellas, los indicadores de permanencia de las EPS, 44 EPS evaluadas por la Superintendencia de Salud con cifras muy viejas del año 2015, de esas 44 solamente 9 cumplen los indicadores plenos, 9, en esas 9 entidades hay afiliadas 2.700.000 personas, es decir, el 93% de la población está afiliada en EPS que cumplen parcialmente o incumplen totalmente los estándares de habilitación financiera y cuántas entidades hay en medidas especiales, hay 26, donde está afiliado el 55% de la población, es decir, ahí hay un aseguramiento subóptimo, no es lo mismo el que está asegurado en una EPS que cumple con todas las condiciones, a aquel que está asegurado en una EPS con unas condiciones subóptimas, 55% de la población, eso no es lo marginal, eso es lo principal, eso es lo mayoritario.

Voy terminando esta parte diciendo, estas crisis se extienden a todo, traigo el indicador de cartera, ustedes han visto crecer la cartera, ya estamos llegando a una cifra en la muestra nuestra de 7.2 billones con una cronicidad, le ruego por favor Senador que me deje redondear esta idea, una morosidad que va llegando al 66% ya es una cifra

tremenda, que muestra que esto dejó de ser una cuestión de unos y se va volviendo una cuestión más profunda, más sistémica, más endémica digámoslo así.

Ahora, para concluir esta parte de la evaluación de las EPS, yo creo y soy juicioso en decir que no puedo generalizar porque hay casos positivos, pero muchas de las EPS de este país han encontrado la manera de derivar el riesgo que les fue asignado para manejo, derivarlo hacia otras instancias de la sociedad, barreras de acceso, zonas grises, exclusiones, ciudadanos que tienen que interponer tutelas, la cartera hospitalaria y el uso de prácticas limítrofes como la integración vertical con toda su carga de conflictos de intereses.

Usted nos hace una pregunta ¿el sistema requiere EPS?, yo le diría lo siguiente, el debate no es ahí solamente, el debate es más profundo, el debate es integral, aquí lo que se necesita y paso a mi parte conclusiva de las proposiciones, es una reforma estructural al sistema de salud, ¿qué es una reforma estructural?, la que coge más de 3 o 4 de las estructuras básicas o de los fundamentales de un sistema.

El modelo de financiación, tenemos que mirar cuál es la mezcla, cuánto es de impuestos generales y cuánto es de impuesto a la nómina y cuánto es de gasto de bolsillo. El modelo de atención, hay que hacer una revolución en la baja complejidad, hay que rehacer la media complejidad, hay que modular la alta complejidad y hay que habilitar las Entidades Territoriales.

El modelo de prestación asistencial, sí, los hospitales también tenemos que cambiar, trabajar juntos, trabajar en redes, ser más líquidos, ir a buscar a la gente sana, pactar áreas de interés para poder crear centros de excelencia y hacer modalidades de contratación en formas de pago que privilegien la calidad solamente sobre el número de actividades.

El modelo de aseguramiento tiene que evolucionar, llegamos a la cobertura universal, listo, entonces dejemos de hablar de un sistema fragmentado Contributivo y Subsidiado, empecemos a hablar de un sistema único de salud, con una caja única que haga las veces de asegurador central, con un fomento de los seguros voluntarios y abramos el capítulo para discutir sobre subsidio a la oferta para poder financiar los Hospitales Públicos y hechas esas cosas ahí sí señor Presidente, entonces usted a dónde va, hay que hacer una remodelación del modelo de administración del aseguramiento.

Proponemos qué, hacer una, mantener la figura de una Agencia, pero que sea la evolución de la EPS a un administrador regulado, administrador regulado que haga qué, coordinación institucional, logística de la atención, auditoría de las prestaciones, promotor de comparaciones, revisiones del comportamiento, que sea remunerado después

de que hace todas esas actividades y que tenga incentivos al cumplimiento y al desempeño.

La evolución señor Presidente implica una aceptación que nosotros hacemos y cuál es, que se requiere una agencia, pero como su nombre lo dice, la agencia debe tener roles para agenciar la atención, para hacer agente de la población y para que sea un agendador de soluciones.

La clave para que todo esto funcione cuál debería ser y está faltando, una reforma también junto a las otras que dije de los otros eslabones de la estructura, una reforma a la gobernanza de este sistema entendida como dos cosas grandes, la rectoría y la inspección, vigilancia y control, en la rectoría aquí tuvimos pluralismo, pero se nos desestructuró, por qué, porque tercerizamos la función de la rectoría en algunos agentes o en el mercado, eso el Gobierno lo tiene que recuperar, el Gobierno actual viene dando pasos en ese sentido de recuperar la gobernanza, pero hay que recuperar más competencias y en la inspección, vigilancia y control definitivamente es una IBC episódica, importuna, inoperante en algunos casos la sentimos que es arbitraria, es una opinión de nosotros, creemos que debe evolucionar a ser una central de inteligencia estricta, rigurosa, imparcial y con cero impunidad.

Le leo mi conclusión textual, para el actual estado de avance de un sistema con cobertura universal, con financiación parcial y con siniestralidad disparada, sí se requiere un cambio profundo en la manera de administrar el seguro de salud. Una nueva figura que evolucione desde las experiencias de los mejores actuales que no maneje el dinero de la salud, que coadyuve en la administración y transparencia, que ayude a bajar costos de intermediación y transacción, que tenga incentivos a hacer las cosas, a propiciarlas, a permitir las, que sea justa y oportunamente remunerado y que no esté inmerso en conflictos de intereses como los de la integración vertical y que al final le sume en el esfuerzo de buscarle más valor a la vida de la gente.

Nosotros tenemos la visión cuál, de tener una gente o una población asegurada desde arriba, que es ayudada por un administrador regulado, que está adscrito a una red integral, que es mantenido sano o atendido precoz e integralmente, que es sujeto de derechos y deberes y que entiende el derecho a la salud como un bien colectivo, si se quiere como un sistema de salud que sea el componente central de un nuevo estado del bienestar.

Termino con las siguientes dos frases: primera, nosotros no creemos que es viable seguir igual, por lo tanto la reforma es mandatoria, este debe ser un punto central, si no se puede hacer ahora señor Presidente que todos ustedes desde todos los partidos políticos hablen con los candidatos presidenciales y que este sea el tema número uno de la agenda de los candidatos para que sea el tema número uno de la agenda del próximo

Presidente y una advertencia final, vemos grandes negocios y grandes procesos de ventas de EPS y diferentes movimientos empresariales, ojo señor Presidente que ustedes sean veedores, que aquí no se vayan a generar condiciones preferentes en esas cuestiones transaccionales, que al final hagan que se petrifique la legislación y que allá aduciendo la estabilidad o la seguridad jurídica, eso esté por encima de lo que es la soberanía sanitaria que debe tener este sistema de salud, queremos hacer esa advertencia porque lo vemos venir. Muchas gracias señor Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Bueno muy bien, yo creo que son muy importantes todos estos aportes en el día de hoy. Vamos a permitirle a la doctora Carmen Eugenia Dávila, Viceministra de Salud, para que tenga la oportunidad de emitir sus palabras y luego continuamos con la doctora Eva.

Viceministra de Protección Social, doctora Carmen Eugenia Dávila Guerrero:

Bueno, muy buenas tardes para todos, gracias Presidente, un saludo especial a todos los asistentes, a los honorables Senadores que se encuentran hoy en este recinto.

Yo celebro un poco y acogiéndome un poco a lo que dijo el doctor Juan Carlos Giraldo, las generalizaciones son malas y en este sistema después de tantos años debatiendo y tantos años revisando cifras y mirando resultados, eso resulta por no decir otra palabra, irresponsable, el doctor Juan Carlos decía en su intervención que reconocía que habían agentes de EPS buenos, otros malos, como también hay prestadores buenos y prestadores malos y digamos que estas generalizaciones de ninguna manera hacen bien a estas discusiones.

Yo quisiera plantear una reflexión, de dónde venimos antes de la Ley 100 de 1993 y usted doctor Juan Carlos y otros aquí presentes que seguramente conocieron el sistema nacional de salud, se calificaba, (intervención fuera de micrófono), no. era Viceministro cuando ya estábamos en el sistema general, yo digo que él lo conoció antes y lo trabajó antes, se calificó en una publicación del Ministerio del año 1994 entre otros calificativos como un sistema insolidario, inequitativo, ineficiente, donde no estaba cubierta la familia, con baja cobertura, desigual y no sigo diciendo los demás calificativos que están soportados en esas publicaciones que aún muchos de nosotros consultamos de vez en cuando.

Hoy el país y los ciudadanos colombianos y todos los que estamos aquí podemos reclamar un derecho individual y no solamente por efecto de la Ley Estatuaria que reafirma ese derecho, sino también porque nos lo otorgó la misma Ley 100 y porque la Jurisprudencia de la Corte Constitucional nos lo ha reafirmado, por eso me satisface escuchar a Asociaciones de Pacientes, a Médicos, a actores

del sistema, abogando y planteando situaciones en defensa del derecho individual, situación que antes seguramente no pasaba.

Qué tenemos hoy, un sistema, un sistema, un verdadero sistema, con actores, con recursos, con interrelaciones, con una estructura planteada y en ese sentido creo que quienes participamos en la elaboración de la Ley 100 de 1993 tuvieron el cuidado de armar un sistema, armar un sistema no es generar un par de ideas a ver qué hacemos con ellas, es generar todo un andamiaje para que los colombianos y para la gente pueda transitar por el sistema de salud, 46 millones de colombianos para reclamar, obtener sus derechos a la salud. Este sistema ha generado protección financiera para muchas familias, incluidas muchas de las familias de los que estamos aquí presentes que hemos tenido que afrontar en nuestras casas, enfermedades catastróficas que cuestan muchos recursos y que gracias al seguro de salud hemos podido atender y hemos podido ver que nuestros familiares por lo menos tienen un acceso así no se hayan curado a veces y hayamos pasado épocas difíciles y hayamos perdido familiares, sí hay otros casos donde hemos visto curar pacientes, donde hemos visto que nuestros pacientes acceden a las últimas tecnologías, tanto en las instancias públicas IPS públicas, como en las IPS privadas en igualdad de condiciones, con muchas veces las mejores tecnologías disponibles en el país.

Aquí decían, esto no solamente son cifras y cuando decimos que casi estamos llegando a 600 millones de atenciones al año, yo también quiero pensar si en algunas de esas 600 millones de atenciones al año, se logró curar seguramente a algunos de los familiares de quienes estamos aquí, a algunos de los familiares y pacientes que nos estarán escuchando, muy seguramente la respuesta es sí, esos 500 millones de atenciones no solo son estadísticas, son atenciones efectivas que se brindaron a la población colombiana.

Yo quiero resaltar que no es fácil gestionar la salud de 46 millones de personas y los problemas que se evidencian y que no voy a decir que no existen, no se solucionan borrando un actor, como si la presencia de un actor que parece ser que en este caso en muchas de las intervenciones fuera la EPS, fuera la causa que derivara todos los problemas que ocurren en el sistema, yo no creo eso, aquí hay entidades buenas, entidades que han cumplido con su rol, que han generado valor al sistema. Los sistemas, quiero decir algo más, se hacen con personas y podemos eliminar las EPS y podemos eliminar otros actores, pero si las mismas personas que no actúan de manera transparente, que no actúan de manera humana, que no piensan en el otro, que no tienen compasión por el otro, siguen obrando dentro del sistema pues sencillamente las cosas van a seguir igual, entonces aquí no se trata de un agente, se trata de nosotros, de todos, de la sociedad.

Yo me preguntaba ahorita que escuchaba todas las intervenciones, si será que fracasamos, porque muchos de los que estamos aquí desde distintas posiciones, llevamos mucho tiempo y yo diría que no, no fracasamos en tratar de construir un sistema incluyente para todos los colombianos, de esto se ha beneficiado mucha gente y como ya lo dije sin duda hay problemas, pero también hay ganancias, este Sistema General de Seguridad Social en Salud es un bien público que se construyó con el esfuerzo de muchos, muchos de los que están aquí presentes, allá el doctor Pedro nos encontrábamos muchas veces en el Seguro Social, cuando yo apenas estaba empezando a trabajar y todos acá aportaron en algo, el Veedor ha aportado, todos han aportado en algo en la construcción de este sistema.

Qué queremos me pregunto yo entonces, sí, qué queremos si no queremos este sistema según la opinión de algunos de los que han intervenido, qué queremos, ¿un fondo único pagador, es decir unos fondos departamentales de salud multiplicados?, qué está pasando con el No Pos hoy frente a los fondos departamentales de salud, o ¿queremos un Fosyga ampliado?, yo creo que esa no es la solución, queremos, cuando se habla del tema del ánimo de lucro o no, para mí esa es una discusión que debimos haber superado hace mucho tiempo. ¿Qué queremos nosotros?, que los médicos y los profesionales de la salud que trabajan y que devengan sus ingresos de eso, entonces ¿trabajen gratis, si esto es un sistema sin ánimo de lucro?, yo no creo que esa sea una discusión en el mundo de hoy. Qué queremos entonces, que las IPS si este es un sistema, porque he oído mucho la frase de que esto no debe ser un negocio, que las IPS privadas no puedan ejercer una labor legítima y brindarle salud a toda la población y generar con esto unas ganancias, unas utilidades que seguramente son legítimas si hacen bien su tarea, yo no creo que esa sea la solución, pensar en un tema de ánimo o no ánimo de lucro, esa discusión debería estar superada.

Yo creo que se necesitan a los agentes públicos y privados que trabajen de manera armónica en la construcción y en la solución de los problemas, podemos decir que han existido en el sistema EPS públicas que no han cumplido su misión, que se han quedado en el camino y puedo mencionar muchas, ni siquiera el Seguro Social, muchas, las EPS transitorias y otras que han pasado por el sistema y han fracasado. Pero también hay unas EPS privadas que han fracasado y han tenido que salir, como hay EPS privadas que han tenido que ser liquidadas particularmente en los últimos 6 años por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, porque no estaban cumpliendo con los requisitos de permanencia, porque no estaban haciendo bien su tarea.

Yo dividiría los problemas en dos, en los problemas financieros que todos conocemos frente a los cuales se ha venido actuando frente

a las deudas ya existentes y digamos reglas claras para el futuro en el sentido de que estamos generando por primera vez en la historia un régimen de solvencia, un régimen prudencial para las EPS, para que traten de generar unos procesos de organización, reorganización y capitalización que recuperen la situación financiera y por lo tanto normalicen de una vez por todas su actuación frente al sistema de salud.

Pero también hay problemas de orden cultural, problemas de corrupción que no los podemos dejar de mencionar y también problemas de abuso de muchos de los agentes del sector, pero aquí tampoco podemos generalizar, hay abusos de los pacientes, hay abusos de los médicos, hay abusos de las EPS y hay abusos de los prestadores de servicios de salud, muchos de los cuales se han notificado aquí en distintas experiencias.

Si me preguntan y si le preguntan al Gobierno si se considera que es necesario una reforma, la respuesta contundente es no, la reforma ya se hizo, se hizo con un cúmulo de normas que se han venido expidiendo, muchas de las cuales han apoyado los agentes del sector y que han sido aprobadas por este Congreso, voy a mencionar algunas de ellas que han generado transformaciones importantes, que han contribuido en la mejora de los problemas, la Ley 1450 Ley del Plan del primer Gobierno del Presidente Santos; la Ley 1438; la Ley 1608 y 1797 que nos da herramientas para poder palear de alguna manera la crisis financiera del sector; la Ley 1751; la Ley 1753, creo que la reforma está hecha y lo que nos aboca hoy en día y los esfuerzos deberían estar concentrándose en reglamentar como lo estamos haciendo y dejar que estos procesos se implementen y se decanten, ningún proceso de transición y cambios es fácil y digamos que hay que darle su tiempo para medir y evaluar los resultados.

Tenemos la tendencia a no dejar consolidar los procesos y esto genera incertidumbre y no solamente en los agentes que están digamos en el proceso de hacer inversiones de capital importantes para las entidades, en el caso de las entidades de aseguramiento derivadas del Decreto número 2702, sino también incertidumbre a los pacientes. Desde que yo trabajo en este sector hace 22 años, creo que cada año se discuten reformas nuevas desde que salió la Ley 100. Yo creo que hay que dejar ese tema, consideramos que hay que enfocarnos a trabajar y a ahondar los esfuerzos para resolver las dificultades que existen y que no vamos a decir que no existen, sin necesidad de pensar en reformas legales, estructurales que solamente generen más incertidumbre al país.

Hay que seguir trabajando en controles, en reglas claras, fortalecer el régimen de solvencia de las EPS, la política farmacéutica que creo ha sido un logro importante y que hay que seguir consolidando y quiero referirme particularmente al tema de los indicadores de cartera, si bien existe una información importante y que de

manera juiciosa la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas le ha venido disponiendo al país, también existe información donde nos hemos dado el trabajo de cruzar factura a factura y hemos evidenciado que las carteras de ciertos hospitales y no quiero aquí generalizar tampoco, la información la disponen ellos, porque es un sistema abierto, muchas de esas cuentas ya están pagadas, en el último reporte salieron 4 billones de pesos pagados ya por giro directo sin descargar de las carteras de los prestadores de servicios de salud y esas cosas pues digamos, de cierta manera pueden generar también incertidumbre frente a las cifras financieras del sector para la toma de decisiones.

Entonces en conclusión no consideramos que deben haber más reformas, sino que debe trabajarse en la consolidación del sistema, definitivamente estamos gastando más de lo que tenemos y si me preguntan a mí que me he dedicado a los temas financieros del sector por muchos años, si el sistema le hace faltan recursos, yo diría que sí, sí le hacen falta recursos de cara a la discusión del Presupuesto General de la Nación, hemos, con el señor Ministro, manifestado las inquietudes sobre algunos faltantes aún por discutir y consideramos que hacia futuro las tensiones en cuanto a mayores necesidades de recursos pasando ya esta vigencia y con la discusión de la adición presupuestal, serán aún más complejas, porque estamos en un proceso de transición demográfica, las enfermedades crónicas cada vez son más, inciden más en los indicadores de salud de las personas, en la medida en que los pacientes y los individuos se empoderan más de su derecho, que eso está muy bien, demandan más servicios de salud, el nuevo modelo de atención nos tiene que llevar de cierta medida a eso y por lo tanto el país sí debe prepararse para la consecución de nuevas fuentes de financiación.

El Ministro y su equipo hicimos unas propuestas que finalmente no pasaron en el Congreso de la República frente a fuentes permanentes de financiación, pero creo que la discusión tiene que continuar abierta y tiene que seguirse dando en el seno del Congreso y con los agentes del sector. Creo que terminaría ahí Senador.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias Viceministra, en esa línea vamos a permitir que la doctora Eva Carrascal Superintendente Delegada pueda dirigirse, luego la doctora Clemencia Mayorga de la Sociedad Colombiana de Pediatría, de una vez leemos los que faltan para cerrar, Germán Fernández, Federación Médica Colombiana; doctor Luis Carlos Leal de la ANIR; doctor Ricardo Navarro, Asociaciones Científicas y terminamos con el doctor Leonardo Quiceno Páez de ACESI, bien pueda doctora.

Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional, Superintendencia Nacional de Salud, doctora Eva Katherine Carrascal Cantillo:

Muchas gracias señor Presidente, voy a ser corta básicamente porque tengo que viajar sino me deja el vuelo, pero la Viceministra empezaba su intervención diciendo de dónde venimos, de dónde venimos nosotros, la reflexión de dónde venimos y yo les quiero decir en dónde estamos, en las acciones de inspección, vigilancia y control que tiene la Superintendencia, una de las cosas que se tiene clara es que nada está claro.

Cuando miramos las fuentes de información de los diferentes sujetos vigilados por parte de la Superintendencia y analizamos la información que cada sujeto vigilado debe reportar de manera eficiente, oportuna, veraz, con calidad, encontramos que todas incumplen esos requisitos, entonces tenemos una cantidad de información que nos desinforma y entonces hemos empezado una tarea faraónica para poder garantizar que lo que le reportan al Ministerio y lo que le reportan incluso a la Superintendencia Nacional de Salud, sea fiable y confiable y sea veraz, una cosa es lo que aparece en los sistemas de información del Ministerio de la Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud y otra cosa es muy diferente es lo que encontramos no solamente en indicadores financieros, sino técnicos, administrativos de los diferentes sujetos vigilados.

Una cosa incluso encontramos que hay en la contabilidad del sujeto vigilado y otro el que tiene el Gerente, una cosa es lo que piensa el Gerente y otra cosa es la realidad cuando hacemos las auditorías de los procesos de facturación, de radicación de cuentas y demás y clarísimamente hay un incumplimiento claro a la normatividad vigente y no se puede decir que solamente de un actor o de otro actor, de todos en general.

Entonces, si uno va al sistema financiero y mira su cuenta y con el almuerzo de hoy sabe que saca, paga el sándwich, sabe que le descontaron el sándwich y sabe en dónde sacó el dinero, en el sistema de salud no sabemos cómo está el flujo de recursos, pero adicionalmente tampoco tenemos la precisión de cuántas, con claridad, actividades se han hecho y vamos también a un tema en aras de poder tener sistemas de información claros para poder tomar decisiones desde el nivel nacional y decir, efectivamente si los recursos son suficientes o no son suficientes, sino también para decir vamos por buen camino o no vamos, cuando miramos frecuencias de uso y miramos algunos pacientes en las Superintendencias, vemos que hay muchísimos pacientes que tienen una alta frecuencia de uso que uno no entiende cómo es capaz de poder recibir tantas atenciones y muchos otros tratando de recibir o acceder a un servicio clarísimamente por lo que aquí se ha expuesto de que existe una oferta en algunas especialidades de alguna manera de difícil acceso por parte de la comunidad.

Entonces, uno ve que encuentra un sistema en donde los actores están en cada lado del río, en un lado están las EPS y allá están, en otro lado están las IPS y allá están, dependiendo si son públicas o privadas o mixtas, en otro lado están las Entidades

Territoriales y ni contemos desde la territorialidad que hablemos de los generadores de recursos que también contribuyen para el tema de la salud y que los hemos perdido de vista.

Entonces, claro, el sistema está en crisis porque tenemos unos indicadores de solvencia que muy pocas EPS en el sistema están cumpliendo y muchas de las EPS, la gran mayoría de las EPS están en intervención, en medidas de vigilancia especial, en programas de recuperación, en los que los tenemos en la lupa y los vemos cada mes, cada dos meses y les puedo decir que frente al efecto de aseguramiento uno lo que encuentra en la Superintendencia es un sistema de aseguramiento como yo le dije hace dos años al Superintendente Nacional de Salud, estamos en aseguramiento de párvulos y por qué de párvulos, porque cuando yo llegaba donde la EPS y le decía cuánta población tiene, dónde está la población, cómo está caracterizada su población, esto es el perfil epidemiológico y demográfico de su población para saber de qué se enferman, cuál es su pool de riesgo y qué está haciendo con ellos y dónde está garantizando la atención, la gran mayoría de EPS no tenían la información, no la estaban manejando, la están empezando a manejar ahora a través de la normatividad en virtud del Decreto número 2702 que los obliga a generar la metodología para generar la reserva.

Y finalmente ese es un tema que atañe a la reserva, porque es que el tema aquí no solamente es financiero, el tema es de que las EPS tienen la obligación de pensar en esa población, de pensar en la prestación del servicio de esa población, de coger su pool de riesgo y garantizar el acceso y la población que está sana, lograr contratos para mantenerlas sanas y ahí implica una concertación con la red de prestación de servicios de salud, que claramente no se han hecho, se ha llegado a un sistema en que yo le pago lo que por naturaleza o por historia se ha contratado y no se mira más allá, generando un sistema de aseguramiento ineficiente con una relación más ineficiente con los prestadores de servicios de salud y no podemos decir que los prestadores de servicios de salud que no está en su competencia, pensar en el aseguramiento de la población, el prestador recibe el usuario, atiende al usuario para lo que llegó, para lo que fue autorizado y se olvida del usuario y alguien tiene que pensar en el usuario y también ahí hay que mirar cómo se concerta cuando se contrata con los prestadores de servicios de salud la atención y en ese curso de ideas también miramos como en Colombia a través de la estadística que los prestadores nos están generando tanto en prestación de servicios como en salud pública, encontramos que Colombia desde la atención médica es un país primermundista, sí, todos se mueren de infartos agudos de miocardio y en salud pública nos comportamos como un país tercermundista, nos estamos muriendo con niños (intervención fuera de micrófono), sí, de hambre, en donde La Guajira no es el único departamento, donde la morbimortalidad materno infantil está creciendo en ciertos departamentos del país, entonces uno no se explica qué está pasando, cuál es la verdadera realidad, cuándo las dos cosas se deben acompañar y se dan dentro del territorio, porque la salud no es responsabilidad, sí, de unos, es responsabilidad de

todos y en este sistema de Gobierno que tenemos, descentralizado por demás, se dice que la Entidad Territorial es el que debe llevar la batuta de la salud de su departamento y ahí también encontramos fallas, entonces Secretarías de Salud también sistemas de información, (intervención fuera de micrófono), Secretarías de Salud que tienen acciones de inspección, vigilancia y control desde la territorialidad que dependen de la Entidad Territorial porque los factores condicionantes de salud y aquí lo hablaban, dependen de la territorialidad, el manejo del agua, de las vías de acceso (intervención fuera de micrófono), los determinantes sociales se dan dentro de la geografía, por las características per sé de la territorialidad y allí es por eso que la normatividad dice que la Entidad Territorial debe generar el ASIS y cuando usted mira qué genera el ASIS y que de alguna manera en la mayor parte de departamentos coincide con su perfil epidemiológico y demográfico y va a ver las actividades que desarrollan para cubrir eso, no se acompañan y muchos no ejecutan las actividades.

Segundo, entonces aquí tenemos que hacer es una gran concertación, aquí tenemos que decirnos la verdad, hemos incumplido la norma, se ha incumplido la norma, si la norma se hubiera cumplido, si hubiéramos cada actor lo que tuviéramos que hacer, lo que tenemos que hacer, lo lograríamos. Segundo, tenemos también que ver las competencias y las competencias en muchas oportunidades cuando la Superintendencia llega a lo local o sale en estos discursos, aquí no más nos decían Superintendencia haga esto pero no somos reguladores, nosotros tenemos que hacer inspección, vigilancia y control de las normas ya establecidas y el cumplimiento de las mismas, qué hacemos con esto cuando vemos unas desviaciones, notificamos al regulador y hablamos con el regulador, pero clarísimamente también está el Ministerio de Educación porque cuando hablamos en prestación de servicios de salud, hablamos un tema también de la pertinencia, la racionalidad, la suficiencia, el tema de accesibilidad, muchas cosas que dependen de la competencia del médico y cuando vemos en el perfil de los prestadores que hay en el país, miremos la evolución también de como se ha dado la prestación de servicios de salud en Colombia, hace 20 años, 25 años, el volumen de IPS públicas de primer nivel era mayor que el que hay hoy en día, casi está a punto de extinguirse, el segundo nivel casi está extinto y el tercer nivel es el que ha pululado los servicios de tercer nivel, al altas complejidades, porque nos dedicamos a un evento efectivamente existencialista, pero si vemos que el modelo MIAS nos pone y nos dice, venga sentémonos, conciliémonos desde la territorialidad y hagamos cumplir los decretos, pues está claro, el efecto laboral, o sea aquí, Ministerio de Educación por efecto de competencias no solamente de médicos, porque cuando vamos a hacer auditoría y como hicimos en La Guajira con el Superintendente Nacional de Salud y le preguntábamos a los médicos que si se sabían la norma que maneja para atender al paciente desnutrido agudo, no se lo sabía hacer.

Y la principal causa que encontramos en la mortalidad infantil por causa de desnutrición aguda

era por causa médica, porque cuando llegaba el paciente desnutrido agudo, el médico no tenía claro cómo atenderlo, no obstante, la desnutrición no es causa del sistema de salud, llega sí, pero si los médicos no tienen la competencia en su sector para poder manejar las atenciones, estamos mal y eso también pasa y tenemos que decirlo, porque hay universidades de muy buena calidad, pero también tenemos una cantidad de universidades que están dejando en muy mala calidad no solamente al grupo médico, sino el grupo paramédico, sí y cuando vamos a ver en las auditorías de la Superintendencia frente a IPS, el principal porcentaje que nos llama la atención de mal manejo dentro de la red de prestación de servicio, es sistema de garantía de calidad, lo que más se incumple y que más nos afecta a nosotros a costa de la seguridad del paciente, ese es el informe que tenemos nosotros del año 2015 y 2016.

Entonces tenemos que sentarnos a hablar del tema y tenemos que empezar a hacer concesiones y tenemos que hacer autocompensación, clarísimamente como dice el doctor Juan Carlos Giraldo, pero con qué plata si la red de prestación de servicios no tiene y hablamos de un efecto de no pago de las EPS al sistema, de unos efectos adversos de las EPS de no dejar radicar las cuentas, de recibir facturas y devolverlas al año, dos años, rechazándolas, incumpliendo o desconociendo lo advertido por el regulador en el 2702 que uno ya no concibe que se pueda estar dando, pero se está presentando no en una, ni en dos EPS, en muchas en un gran porcentaje de EPS del sistema y nos preguntamos cómo Superintendencia si estaba la Circular 016 por qué no denunciaban, por efectos de que la EPS coja entre cejas a la IPS y no lo siga contratando, pero esos efectos tenemos que hablarlos y decirlo, está pasando y lo dicen en lo local, pero eso es un efecto de concertación que tenemos y quien tiene que vigilar eso desde la cabeza es desde cada Entidad Territorial y si vamos a la Entidad Territorial y miramos cuando vamos a un departamento, decimos cuántas IPS hay, está en el REPS, no hay nada más desactualizado que el REPS en este momento, hay IPS que están en el REPS que ya no existen y hay IPS que existen que no están en el REPS, hay actividades que están en el REPS que ya no se prestan en la territorialidad y hay servicios que se prestan hoy en el REPS que no están siendo notificados, entonces los sistemas de información están mal y estamos ya como Superintendencia a pesar de que se sienta que no estamos haciendo nada y concuerdo con usted Senador en el sentido de que la Superintendencia tiene que tener mayores herramientas, sí considero que se requieren tener más herramientas, nosotros tenemos en total cerca de 44, 45.000 sujetos vigilados y somos estrictos, para una planta de personal de 700, pero realmente aprobadas, pero realmente no llegamos a 500 con unos sistemas de información un poco precarios. Pero adicionalmente de lo precario de los sistemas de información de la Superintendencia, con una información de los actores con las características que le cuento, entonces la ley está hecha, las normas están dadas, yo pienso que se tendría que hacer un gran consenso y se tiene que hacer una gran depuración de información para poder garantizar

que esto funcione en aras de dar una opción o una opinión a este debate importantísimo para nosotros y para todo el sistema de salud, porque independientemente que aquí se generen las reglas para el país, nosotros somos todos colombianos y todos somos actores del sistema y lo vamos a necesitar a futuro.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien doctora, muy bien, entonces vamos a permitirle al doctor Leonardo Quiceno Páez, bien pueda, de ACESI por favor, nos ayudan con el tiempo, ya faltan pocos para cerrar esta importante Audiencia.

Gerente Hospital La Misericordia municipio de Calarcá, Quindío y Miembro de la Junta Directiva de ACESI, doctor Leonardo Quiceno Páez:

Sí, buena tarde, creo que aquí soy el único representante de los Hospitales Públicos a pesar que el doctor Juan Carlos también representa a Hospitales Públicos más de tercer nivel.

La doctora Eva Katherine hablaba de que los Hospitales públicos de primer y de segundo nivel han venido disminuyendo en número, esto es claro y esto obviamente no podemos negarlo se debe al mismo sistema, la pregunta ¿si las EPS deben estar en este sistema?, yo nací en el anterior sistema de salud, me desarrollé y me crié en este sistema, lo defendí, los principios de la Ley 100, solidaridad, universalidad, equidad, excelente, sin embargo, se ha venido deteriorando en sus conceptos porque de todos estos principios generales muy buenos, a veces no se cumplen y hay uno de los principios que es la eficiencia y la eficacia, entonces cuando vemos que en muchas estadísticas por parte de los colegas de las EPS que hombre, sí, se ha recuperado mucha información, se tiene información que anteriormente no se tenía y que es muy valiosa para tomar decisiones en este momento, los recursos per sé han aumentado en el país, yo creo que debemos aprovechar de esa experiencia positiva de las EPS y obviamente evitar Honorable Senador, todo lo malo, lo satanizado y lo que realmente no se cumple por parte de las EPS.

Yo he estado en ambos bandos, he estado como prestador, soy en este momento representante de la Asociación de Hospitales del Quindío y a la vez soy miembro de la Junta Directiva de Asociación de Hospitales de Colombia, pero también soy Gerente actualmente de un Hospital de segundo nivel, que atiende también el primero en la población donde está ubicado y que pues sufrimos el día a día de lo que realmente nos está pasando con el sistema. Son 400 funcionarios que tenemos, los cuales solamente de planta son 30, los únicos que tienen estabilidad laboral son 30 que creo que si no hay un manejo especial y me acojo a la propuesta del doctor Juan Carlos, que debe existir cierto subsidio a la oferta para sostener la estabilidad es sobre todo es en los Hospitales, prácticamente desaparecerían, por qué, porque con el sistema que es venta de servicios, reglas del mercado, oferta y demanda, es imposible también tener unos funcionarios, una planta de personal rígida, porque en cualquier momento ya no tenemos, como ocurre en la práctica el contrato con Coomeva, que entre otras cosas aprovecho para

que sea como experiencia doctor Quinche, el año pasado en el Quindío por cuestiones financieras le cerraron las puertas en algunas EPS a Coomeva, nos buscaron a nosotros y nosotros muy amablemente, humanamente y cordialmente atendimos pacientes, les hicimos cirugías, nos quedaron debiendo 500 millones de pesos, cuando ya contrataron otra IPS nos dejaron de contestar el teléfono, hace año y medio nos deben 500 millones de pesos y esto es un ejemplo, yo creo que usted allá obviamente no sabe estas situaciones, porque es una cosa irrisoria de los 200 mil millones de pesos que usted maneja al mes, pero de la situación ese es un ejemplo que ocurre con la mayoría de EPS.

Yo creo que los hospitales en este sistema están en desventaja, desventaja porque los costos para la venta de los servicios de salud son más altos, por toda la burocracia, todos los impuestos, entonces debe haber un tratamiento especial para que los Hospitales no desaparezcan. Fui también Coordinador médico y funcionario de una EPS y sé lo difícil que es controlar el costo médico, muy complejo, los dineros, los recursos de la UPC no alcanzan, pues habría que pensar en unos estudios actualizados realmente para que estos dineros alcancen.

Segundo, totalmente de acuerdo con la doctora Katherine, debe cumplirse la ley, la Ley 1122 está y en la 1438 está muy claro, que al menos el 60% del gasto en salud de las EPS del Régimen Subsidiado deben ser contratados con las ESE, esto no se está cumpliendo y esto no está cumpliendo entonces los Hospitales fuera de que están desfinanciados se están quedando sin clientela, esto aunado doctora Viceministra, es un llamado muy especial, en la Ley 1508 de 2012 un miquito para los hospitales salió donde nos, prácticamente, obligaban a hacer los presupuestos señor Senador, únicamente basados, teniendo en cuenta el recaudo, a sabiendas de que las EPS más o menos están pagando un 60, un 50% de la vigencia, esto la Asociación lo demandó, la Corte declaró inexecutable este artículo por unidad de materia, la Ley 1508 es la que habla de todos los APP cierto, pero en la última ley de reforma del sistema como tal en la 1797, de nuevo y yo sé doctora que no tengo información de fuentes que no es el Ministerio de Salud prácticamente que coloca esta barrera, de nuevo colocar que las ESE tienen que hacer presupuesto de acuerdo al recaudo, es someterlas, es condenarlas a no desarrollarse y a desaparecer, un ejemplo, lo voy a poner en mi propio Hospital, el año pasado facturé 19 mil millones a las EPS, me pagaron 15 mil millones, la Junta cuando nos reunimos entonces me autorizaba partiendo de 15 mil millones, pero cuando comencé la vigencia con esos 4 mil millones que dejé de percibir, los debía, el presupuesto inicial se me rebajó en 11 mil millones, tengo presupuesto hasta junio ¿qué vamos a hacer ahora?, y doctora así tengo entendido en el Eje Cafetero, la mayoría de hospitales de mediana complejidad tiene ese problema, casi que podríamos decir que si no hay un manejo especial en esa legislación, podríamos estar avocados al cierre de hospitales entre septiembre y octubre en muchas partes del país, entonces yo creo que a los Hospitales Públicos la mayoría hacemos la tarea, creo que

somos los que más experiencia tenemos en la parte extramural de promoción y prevención que es lo que ha fallado en este sistema, muy a pesar de las palabras de la doctora, con el anterior sistema que teníamos de promotoras, lo veo en al menos en la región donde yo vivo que somos los que vamos a buscar el paciente, somos los que hacemos demanda inducida, nunca veo a gentes de EPS haciendo este trabajo, que los Hospitales Públicos tienen una experiencia histórica y buena, tan así que todos añoran las promotoras de salud.

Por último, (intervención fuera de micrófono) si claro que no, yo creo que hay que rescatar lo bueno de las EPS y estoy de acuerdo en parte que, si se cumpliera la ley no debería haber reforma, pero también hay tantos problemas estructurales en el sistema, que muy probablemente se presente la reforma, pero de aquí a la vigencia que viene van a pasar dos, tres años y que si no se hace en este momento un manejo especial con los Hospitales Públicos, vamos a tener serios problemas por el colapso financiero que tenemos, comprendo, cuando el doctor Quinche habla que tiene 10.000 empleados paguitos mensualmente, eso es allá en la EPS, yo tengo 400 empleados de los cuales les debo 3 meses de sueldo, los cuales y tengo 6 meses de mora en proveedores, es muy complicado y señores representantes de estudiantes de medicina, tengo 3 Facultades haciendo el internado y prácticas en mi hospital, tengo un hijo estudiando medicina en sexto semestre, eso es lo que uno ve esos pacientes sufriendo, esperando una autorización, es muy complicado, muy complicado, lo que uno ve, el paseo de la muerte en el Quindío porque ninguna IPS quiere aceptar un paciente de Cafesalud es muy complicado y uno sí está viendo en este momento doctora, el sufrimiento de los colombianos cuando se enferman y la muerte en muchos casos de los colombianos por falta de atención oportuna.

Creo y agradezco al Senador, creo que es muy sensible porque su señora cónyuge es médica, ojalá la mayoría de Congresistas tuvieran cónyuges médicos para que todos fueran sensibles a este tema que nos toca a todos los colombianos y solamente cuando estamos en el terreno, viendo sufrir a los colombianos, viendo morir a los colombianos por falta de atención, es que nos damos cuenta que tenemos que hacer ajustes importantes y estructurales en el sistema. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien Leonardo, muy amable doctor Leonardo. La doctora Clemencia Mayorga y luego el doctor Germán Fernández, doctora Clemencia.

Asesora de la Sociedad Colombiana de Pediatría, doctora Clemencia Mayorga Ramírez:

Bueno, muchas gracias, buenas tardes a todos, voy a tratar de ser lo más concisa posible, entiendo que y agradeciendo al Senador, entiendo que no podemos hablar de todos los problemas del sistema de salud, aunque quisiéramos, porque usted nos hace una pregunta muy concreta y es ¿cuál es el rol de las EPS en este sistema de salud? Y yo sí quisiera referirme como Pediatra y representante de los

Pediatras y de los niños en este caso al tema de los resultados en salud de las EPS.

Se ha dicho suficiente sobre el tema de el no pago a las IPS, la quiebra de las Clínicas y Hospitales, los grandes billones, estamos hablando de billones de pesos en deudas de las EPS a las IPS, pero yo lo que quisiera hablar es de dos cosas, uno, el Estado le entrega a las empresas promotoras de salud la responsabilidad completa de dar y garantizar la salud a los colombianos y eso en salud no ha cambiado, hasta donde yo sé cómo médica, eso se hace con promoción y prevención y con atención adecuada oportuna, integral como lo dice la Ley 100, la Ley Estatutaria y todos los demás, entonces yo lo que quiero señalar es que miremos si esas dos cosas se han hecho.

Lo primero es promoción y prevención, en promoción y prevención hace mucho tiempo Senador que a nosotros no nos pueden hablar de resultados de promoción y prevención en número de actividades, o sea, a mí me extraña ver autoridades de salud hablando de número de atenciones y de actividades, a mí me extraña que nos digan que 140 millones de consultas externas en el año nos garantizan que la salud está bien o que 857.000 atenciones o actividades de promoción y prevención, no, así no funciona esto, hoy en día en los sistemas de salud los resultados de promoción y prevención se miden es con los indicadores de salud, no hay otra manera, a nosotros no nos pueden seguir mostrando números de atenciones, no nos pueden seguir mostrando número de actividades, cuáles son los resultados y ahí yo le quiero llamar la atención sobre el tema de la mortalidad infantil, porque si bien el tema de la mortalidad infantil ha bajado del 90 para acá, pues baja hasta en Uganda, baja en países africanos donde no hay sistemas de salud, porque hay un montón de determinantes sociales como todos lo han dicho y baja, lo que yo le quiero llamar la atención es sobre dos cosas, uno, antes de la década del 90 doctor, entre el año 1965 y el año 1990, la mortalidad infantil bajó con un ritmo 5.8 veces a mayor velocidad que de la década del 90 para acá, solo les dejo ese dato, porque es que cuando miramos indicadores y resultados, mirémoslos completos, así es que, decir simplemente que como la mortalidad infantil va en descenso, este sistema de salud está bien, pues yo los invito a que miremos más atrás y a que profundicemos en el tema.

Decir después de 24 años y perdóneme lo que voy a decir, lo digo con mucho respeto, que ya casi vamos a empezar a mejorar la mortalidad infantil en la Guainía, cuando la Guainía es el tercer departamento Senador, que tiene mayor mortalidad infantil en Colombia, ¿después de 24 años?, yo creo que y mortalidad infantil evitable, porque es en Colombia la mortalidad infantil no es por las enfermedades crónicas, lamentablemente lo decía la doctora Katherine muy bien, a pesar de que aquí ya estamos llenos de enfermedades crónicas de países desarrollados, estamos con enfermedades crónicas, Juan Carlos, pero sin superar muchos de los indicadores del subdesarrollo total, como la mortalidad evitable. Entonces yo sí creo que poner al Guainía como ejemplo, es el tercer departamento con

peor mortalidad, está a nivel de los países africanos y han pasado 24 años, yo señalo eso, solamente lo dejo ahí, entonces hay que tener cuidado ahí.

Y el segundo bloque más allá de la promoción y prevención a la que me quiero referir, es a la atención de los pacientes y en los niños hemos tenido dos fenómenos que nos preocupan mucho, uno, el cierre de camas de Pediatría, lo conoce bien, doctora, el Ministro Gaviria y todos los Ministros anteriores porque yo no voy a hablar aquí solo del Ministro Gaviria voy a hablar del modelo y del sistema, desde el Ministro, la primera visita que nosotros hicimos, Senador, para denunciar el cierre de camas de Pediatría, porque es un servicio que no deja utilidad económica a las clínicas y hospitales y que las clínicas y hospitales cuando están, perdóneme el término porque usted entenderá que yo soy Pediatra y no financiera, pero cuando uno está ahorcado de las deudas, pues mira a ver qué le produce menos y empieza a cerrar, y Pediatría es uno de los servicios que se ha cerrado a través de este sistema de salud y se han cerrado alrededor de 750 camas y ojo, hoy quiero dejar aquí y llamar la atención sobre un tema, Bogotá Colombia Suramérica, doctora, 99% de la población asegurada, 4 atenciones prenatales, todo el mundo tiene EPS, tenemos 11 mil y pico de IPS, 1.650 hospitales y 35% de los médicos del país, y hoy está aumentando la mortalidad infantil, está aumentando la Rubeola congénita, la Sífilis congénita.

Entonces, a ver, ahí es cuando yo digo, si esto fuera pues cuestión de tiempo o de aseguramiento, durante muchos años a mí me dijeron a través de este modelo, que teníamos que esperar al aseguramiento universal para ver resultados, ya lo tenemos y en Bogotá hace rato y hoy quiero llamarle la atención y pedirle a usted específicamente Senador que seguramente en una cita que podamos hacer, queremos mostrarle nuestra preocupación con lo que está pasando hoy en la ciudad de Bogotá, que tiene esos, que tiene todo eso resuelto, todo lo que ustedes han dicho y que podemos ver que en Guainía no está resuelto y ¿por eso se mueren?, ¿pues Bogotá lo tiene resuelto?, y entonces aquí por primera vez después de 15 años está aumentando la mortalidad infantil, está aumentando la Sífilis congénita, está aumentando la Tuberculosis, la Neumonía se aumentó un 59% en el año 2016.

Entonces yo sí quiero decirle que con eso y con la negación de servicios a nuestros pacientes y solamente le doy un dato más que usted ya lo debe conocer, Cáncer Infantil en Colombia, es uno de los ejemplos y de eso hay un estudio para los que les gusta la evidencia científica, Instituto Nacional de Cancerología con la Universidad de Harvard donde dice, Senador, que los niños de Cáncer en Colombia no se mueren de Cáncer, se mueren de las negaciones y de la falta de oportunidad en las autorizaciones para que les pongan la Quimioterapia y la sobrevida, entonces en Colombia en Cáncer Infantil, en Leucemia específicamente, cambia del 51% a 5 años en Colombia frente al 86% en nuestros países vecinos, porque si me dicen que dijo el indicador de Dinamarca, entonces ya dirán que estoy... no, en Latinoamérica, así es que yo sí

creo que esa función fundamental que se le entregó a las EPSs de dar la salud a los colombianos, para nosotros responsables, de la salud de los niños, pues creemos que hay suficiente evidencia de que no se ha cumplido.

Ahora, también creo que hay que decirse, porque yo no sé por qué nos han convencido de que sin sistema de aseguramiento esto no puede funcionar y la pregunta que yo hago es ¿no es posible tener un sistema de salud sin el sistema de aseguramiento como está funcionando en este momento en Colombia?, claro que es posible, entendemos que se requiere una administración, un administrador, eso es claro, pero no le sigamos entregando los recursos que son para la salud de los pacientes a una entidad que de allí tiene que, no solamente, dar salud, sino administrar, sino construir Clínicas, sino, bueno y que además se ha utilizado en muchas otras cosas que no son propiamente la salud.

Por último tengo que decir que tengamos cuidado con el tema de la calidad de la formación médica y ahí solo hago un llamado y es, tenemos que pensar qué médico necesita Colombia, no que médico necesitan las EPS, porque en este momento está, hay una amenaza real sobre el tema de quién y cómo se va a formar ese médico, yo no estoy convencida sin querer decir que no tengamos que mirarlo, que aquí el tema es el número de especialistas, doctor Navarro, porque es que aquí con un sistema en donde el médico sigue esperando en las Clínicas y hospitales al paciente enfermo, no va a haber especialistas que alcancen, aquí sí se hace promoción y prevención y el médico está haciendo con las enfermeras promoción y prevención allá en la comunidad, pues los pacientes llegan menos, de otra manera lo que se va a generar es un sistema mucho más costoso que sigue centrado en la enfermedad y no en la salud. Yo dejo ahí, muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muchas gracias médica Clemencia, correcto, vamos a permitir en esa línea al doctor Germán Fernández, es de la Federación Médica de Colombia, pero, mañana esto tiene transmisión a la una de la tarde en el Canal del Congreso de la República, a partir de la una de la mañana y el sábado para que puedan ver ustedes, mañana, (intervención fuera de micrófono), es el sábado, doctor, sí, en diferido, correcto, no, es mañana, ¿me confirma mañana?, mañana una de la tarde en diferido, una de la tarde, no importa que estemos en Santa Marta, doctor Contreras. Bien pueda doctor y luego continuamos con el doctor Luis Carlos Leal.

Vicepresidente Federación Médica de Colombia, doctor Germán Fernández Cabrera:

Gracias Senador Édinson Delgado, sí, son varios los debates que a través de los años hemos visto y concurrido a este Recinto a dar nuestras ideas y a aportar lo que conocemos y sabemos, prácticamente esto es una reedición de los debates que hemos visto anteriormente y hemos escuchado, pues ya veo a varios de los compañeros con lo que llevamos veinte tantos años, ya los veo canosos, el doctor Giraldo yo creo que se tiñe el pelo, el único que no

cana. Déjenme decirles que hablo en nombre de la Federación Médica, entidad gremial que tiene 80 años de existencia y el Colegio Médico de Bogotá y Cundinamarca que este año está celebrando los 100 años de existencia gremial y déjenme decirles que estoy estupefacto escuchando las dos intervenciones del Gobierno nacional, de la señora Viceministra y de la representante de la Superintendencia Nacional de Salud, mientras la Viceministra nos dice que hay que hacer unos arreglos, algunas modificaciones, sin modificación de la ley ni, son unos arreglos cosméticos, la Superintendente nos dice y en eso coincido con ella, que no sabemos qué está pasando en el sistema, llevamos 23 años en el sistema de EPS y no sabemos cómo pasan los informes, nos lo acaba de decir la Superintendente.

Los términos no son comparativos, yo vengo diciendo esto desde hace mucho tiempo, de todos los discursos que les he escuchado muy atentamente a todos ustedes, el del doctor Pedro me pareció muy atinado en el tema financiero en el que yo vengo insistiendo, pero, él se quedó corto en las enseñanzas que le he dado y le voy a decir por qué, porque resulta que mientras la Constitución y la ley establecen que los recursos públicos de la salud son de origen fiscal y parafiscal y tienen una destinación específica, entonces cómo los manejan las EPS, cuando ingresan a la contabilidad de las EPS, ingresan como recursos públicos, como recursos de terceros o los ingresan como recursos propios, es decir del propio bolsillo de las EPS, lo meten directamente como bolsillo propio y lo gastan como tal, por lo tanto desaparece la naturaleza pública y lo manejan y lo administran a voluntad, *ad libitum* dicen los latinistas, esto lo venimos diciendo no solamente con respecto a las EPS sino también con respecto a las ARL, entonces el recurso que era público con destinación específica, se convierte en un recurso de patrimonio privado para gastarse en lo que a bien se tenga, a veces le queda algo para pagarle a las clínicas y a los hospitales, claro ni más faltaba que todo, no, cómo, cómo se les ocurre que les vamos a pagar todo, de allí las enormes deudas que en este momento tampoco nadie sabe cuánto son, la doctora Torrenegra nos dice ya tenemos una estadística de quienes están afiliados, 23 años después, pero todavía no tenemos la estadística de quién le debe cuánto a quién y entonces esto es lo que se llama un sistema de salud que maneja 45 billones de pesos públicos al año y entonces por el arte de Birlibirloque se desaparecen los recursos públicos de la salud, mientras el Ministro de Salud está discutiendo con el Procurador la existencia de Dios o el sexo de los ángeles, eso es lo que tenemos como sistema.

Yo al doctor Édinson le hago una observación metodológica que creo que es conveniente para este tipo de discusiones, porque he visto la confusión en todos los planteamientos que se hacen, una cosa es el aseguramiento que es un tema financiero y otra cosa es la prestación de servicios de salud dentro de lo cual está la promoción y prevención de la doctora Clemencia y está también el derecho a morir dignamente y otra cantidad de cosas de atención a los pacientes, son dos temas completamente diferentes,

que aquí se mezcla y yo voy a estar de acuerdo con las expresiones de muchos de ustedes que dicen que el sistema no es viable financieramente, no es que no solamente es el sistema de salud el que no es viable, es el sistema de seguridad social integral el que no es viable, estoy hablando de pensiones, de riesgos profesionales y de los servicios sociales complementarios.

Como está diseñado el sistema no es viable, no voy a entrar a particularizar los otros tres subsistemas, pero así como estamos gastando en salud, privilegiando los gastos de los medicamentos súper especializados que además se están formulando sin la pertinencia médica, sino que se están formulando al arbitrio de unos médicos especialistas, muchos de los cuales colegas míos, están inducidos y corrompidos por el sistema, no hay un sistema de seguridad social que sea viable y en eso tenemos que ser absolutamente claros, ahí entonces intervienen muchos elementos, Senador Delgado, vea, es que ha habido desgreño administrativo, asociaciones para delinquir, carteles de Hemofilia, carteles del Síndrome de Down, IPS inexistentes, desfalcos al SOAT, recargos a precios de los insumos, tutelas incentivadas por farmacéuticas que estimulan a pacientes, hospitalizaciones innecesarias, cartelización de EPS, imponen las tarifas, tutelas cómplices con abogados, suscripciones fraudulentas al Sisbén, exfoliación de recursos, es decir, aquí lo que ha habido es una voraz corrupción donde es apenas la punta del Iceberg lo que mencionan de Cafesalud, que hicieron unos hoteles y que hicieron unas canchas de golf, sí, sí, yo estuve allá y saqué fotos y las difundí en distintos escenarios, claro, ahí estaban, ahí estaba la plata de los recursos y aquí en la Séptima con ciento veinte y pico hicieron enorme edificio de cuarenta y tantos pisos que ahora están viendo como lo venden, en fin.

Llevo mucho tiempo preguntándole al Ministro de Hacienda a través de las redes sociales por qué no tomó chocolate con el Ministro de Hacienda, cuánto dinero han exportado lícitamente los inversionistas extranjeros de las EPS, no es posible tener ese dato, pero les voy a contar un dato, datos, datos, son datos, ustedes han dado datos, de salud y, en fin. Uno de los socios de la EPS Sanitas que llegó a Colombia hace 30 años a quien conocí con un maletín vendiendo juguetes y repuestos para carros, acaba de vender su participación en el Grupo Sanitas por 70 millones de dólares, bonito, no cito el nombre porque no veo necesidad, pero el otro socio a quien también conozco que llegó un poquito más rico que el anterior, acaba de vender su participación en Sanitas en 150 millones de dólares, ¿de dónde sale esa acumulación de capital?, del dinero que han pagado todos ustedes, de los rendimientos, del ahorro social que debía estar destinado a la salud de los colombianos.

Llevo también tiempo preguntándole a la Superintendencia Nacional de Salud todas esas sanciones que le imponen a las EPS, ¿cuántas han pagado?, porque cada rato hay, que se imponen sanciones a las EPS y que no sé qué cuántos millones, ah, bueno sí muy bien y cuánto han pagado, averígüelo Vargas como decían en el Reino de España, nadie sabe cuánto han pagado, ¿han pagado?, son titulares de prensa, muy bien. Entonces

esos son papeles que cumplen las EPS y usted quería saber qué papel cumplen las EPS en el sistema, estos son algunos, ahora, si han manejado los recursos públicos, han cooptado a las entidades de vigilancia y control, tienen unos sets de abogados y de revisores fiscales que actúan más bien como porristas y bastoneras de los fraudes que han cometido con los recursos públicos de la salud.

Y como si lo anterior fuera poco y ya para terminar, tenemos 60 estructuras administrativas con Presidentes, Vicepresidentes, Auditores, Revisores, etc., etc., fiestas de fin de año, etc., y además debo decirlo aquí en el Senado porque este es el escenario, el auspicio de las campañas políticas, tanto regionales como nacionales, de manera que los recursos públicos de la salud, el ahorro social de los colombianos ha servido para irrigar todo el sistema, porque además nuestros Representantes y Senadores y como decía el doctor Juan Carlos Giraldo, no hay que generalizar, pero les gusta la contratación y además deben darle también empleo a sus amigos y a los que los ayudan en las elecciones, de manera que eso es lo que tenemos Senador Édinson, usted que es un Economista además que tiene sentido social y viene de la tierra valluna como yo, sabemos que esto es así, ¿hasta dónde este Congreso está en capacidad de modificar el sistema?, déjenme decirles, manifestar mi escepticismo, solamente cuando hay una reforma real auténtica del sistema de salud, es que yo podré creer que estamos cambiando el sistema de salud, mientras no haya reforma, vamos a venir aquí cuantas veces nos inviten a dejar una constancia histórica. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

A usted doctor Germán. (Intervención fuera de micrófono). Muy bien, muy bien, vamos (intervención fuera de micrófono), bueno, muy importante toda esta discusión, son varios elementos, faltan dos, ya sigue el doctor Luis Carlos Leal y terminamos con el doctor Ricardo Navarro, no sin antes, doctor Germán, doctor Germán, no sin antes me parece excelente su apreciación, como todas, he escuchado con mucho detenimiento y sobre todo porque queríamos hacer de esto una discusión un poco, inclusive, académica, hablé del tema científico en la discusión porque se trataba de esto, no, aquí ha habido de todo, casos particulares y de eso se trata, no, yo sí creo que en la medida en que estas propuestas independiente del pensamiento del Ministerio de Salud, no, el Ministerio dice no le jalo a eso no estoy de acuerdo y lo demás, aunque la vida me ha demostrado que definitivamente todas las cosas son muy dinámicas, las sociedades avanzan y allí precisamente las normas tienen que irse ajustando a las dinámicas, porque de lo contrario se vuelven estáticas, al final se quedan totalmente rezagadas de los procesos sociales y este es uno de los temas, miren, cuando uno escucha todo lo que hemos hablado hoy, las quejas, los inconvenientes todo lo demás, yo creo con toda honestidad y tengo que hablar con el doctor Alejandro, uno puede hacer oídos sordos a esta realidad, no es cierto, hay que mirarla, yo sé que ustedes vienen desarrollando unos temas importantes, por ejemplo, esta Resolución

número 00429 con lo del PAIS, el MIAS, los RIPS, todo lo demás, pero está bien, pero eso es parte de la discusión y el Congreso tiene la oportunidad de escuchar a la gente, qué piensan los diferentes sectores y eso es lo que permite generar estos espacios.

Entonces yo le diría, hay que estar abiertos a esta discusión que estamos dando y de verdad yo creo que una de las discusiones que estamos sacando es que definitivamente sí hay que hacer ajustes al modelo serio, ayer estaba tocando el tema del aseguramiento es un tema central, no, aquí hemos tenido claro, el aseguramiento es una discusión, si este es el modelo ideal o no es el modelo ideal y el otro es ya todo el tema que tiene que ver con prevención, promoción, atención, bueno, todas las demás cosas y en el tema de seguridad social está el otro componente que es la seguridad social en pensiones, ahí sí el país ha perdido el año, sí, yo tengo los datos claritos 5.600.000 colombianos ya fuera de la edad de trabajo, los mayores de 62 años, 5.600 de estos sabe ¿cuántos hay pensionados?, 2.100.000, el resto reciben algo para comer, esa es la realidad colombiana y hablaba al principio de esa misma realidad, apenas hay afiliados activos 10.000.000 de 20.000.000 de trabajadores, entonces tantas cosas que tenemos que reformar y cambiar en el país y estamos en eso, eso es parte de la discusión, yo le he pedido al Presidente, a los ministros, que estemos abiertos porque hay que hacer ajustes fuertes, serios en el país para avanzar, entonces eso sería muy bien. Antes de estos dos, el Senador Faruk me había pedido, me excusan ustedes, acá tenemos internamente el Reglamento que siempre tienen prioridad aquí los Senadores.

Honorable Senador Faruk Urrutia Jalilie:

Permítame una réplica, señor Presidente, mi querida doctora mire, el indicador de mortalidad infantil se cita como un indicador de desarrollo económico y social y no se cita de forma aislada, se cita como un indicador representativo dentro del contexto de un todo y si usted se fija, la conclusión de mi intervención es invitar a no mirar el sistema desde un ángulo, sino mirar cada uno de los actores así como está diseñado con sus responsabilidades, sus definiciones y el comportamiento estructural del sistema como un todo y si quiere los indicadores también se los doy, en 1951 teníamos 125 muertes por 1.000 habitantes, en 1993, 27, tomo el 93 como fecha de corte y en el 2014, 14 se toma porque mantiene una tendencia si bien no acelerada que no es únicamente exclusiva, atribuible al sistema, porque allí intervienen también otros actores externos al sistema en el desarrollo del indicador, por eso se cita el indicador como un indicador de desarrollo económico y social y así lo cité. Muchísimas gracias, Presidente.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Con mucho gusto Senador. El doctor Luis Carlos Leal, bien pueda.

Presidente Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), doctor Luis Carlos Leal Angarita:

Bueno, muy buenas tardes, Senador muchísimas gracias por la invitación, para nosotros es muy

importante contar con un espacio de participación como este y le agradecemos que tenga en cuenta la participación de nosotros, de Miguel y mía no solo como representación gremial de estudiantes porque creo que también merecemos ser escuchados en espacios como estos, sino porque creo que pertenecemos a una generación diferente, una generación que no tuvo la oportunidad de vivir un sistema de salud como el que antiguamente existía y por eso pues creo que tenemos una visión un poco distorsionada, diferente, simplemente completamente distinta a lo que puedan tener todos aquí en este recinto, sí. Desde nuestra visión no solo como médicos formados en este sistema de salud, sino desde nuestra visión como médicos que estamos inmersos todavía en el sistema de salud, no como de pronto algunos que ya salimos y que nos sentamos desde áreas administrativas a juzgar lo que está pasando allá abajo sin estar metidos en contacto directo con los pacientes.

Qué visión tenemos nosotros del rol de las EPS actualmente, qué visión tenemos nosotros estando todos los días con nuestros pacientes, no es una visión buena, no es una visión satisfactoria, no complace las cifras que nos mencionaron el día de hoy, es una visión desastrosa, es una visión de muerte, es una visión de desespero y de impotencia, es sufrir a diario la queja de muchos pacientes y el sufrimiento de muchos pacientes porque la EPS no le niega, le niega, perdón, no le autoriza, le retrasa, le demora, es ver que las EPS montan sus propias empresas completas y un andamiaje estructurado que lo que hace es apropiarse de recursos públicos que podrían ser destinados a esa pobre gente que está sufriendo y que está necesitando el servicio de salud y que podría tenerlo de una mejor forma, con base en qué, en negar servicios, en demorar servicios, en construir sus propias instituciones y pagar sus propias tarifas, inclusive y aún más grave, en crear su propia universidad y formar sus propios médicos.

Qué poder se le ha dado a las EPS en este país, hasta qué nivel, qué alcance tienen en estos momentos, cuando son los que realmente son dueños del sistema, es grave darnos cuenta en estos espacios que en un principio el Estado no fue capaz de manejar los recursos públicos de la salud, se los transfiere a unas entidades que son las EPS y ahora no es capaz de regular la labor que desempeñan las EPS, entonces cuál es la solución, desde dónde debemos crear la solución si vemos un panorama tan nefasto como el que nos plantea la doctora de la Superintendencia de Salud, donde no sabemos nada y donde seguimos creando leyes y proyectos con base en números que no existen o con base en imaginarios o con base en encuestas que se hacen a nivel nacional que no son lo que realmente necesita la población colombiana, lástima que se hubiera ido el Senador Uribe, porque él planteaba y hablaba de una ley que estaba en curso o que ya es ley de la República que habla de aumento de Especialistas, basado en qué, qué argumentos, como siempre, se tienen para crear este tipo de leyes, cuando en estos momentos el único estudio que se está desarrollando en el país para determinar qué tipo de Especialistas y en qué territorios del país se necesitan, lo está

desarrollando la Universidad Nacional de Colombia y va en la mitad, el único estudio existente se basa en entrevistas y es claro y es fácil preguntarle a los pacientes, ¿siente que le faltan especialistas?, ¿en qué área le faltan especialistas?, pero no es la realidad, cuando los que hacen los contratos con los diferentes especialistas o con las IPS de donde su población va a tener el acceso a la salud son las EPS y les conviene tener menos, claro, porque tienen menos gasto, no necesariamente decir que hacen falta especialistas en determinadas áreas es una realidad, porque la gente lo sienta así, puede que el especialista y lo hablo en lo personal esté al lado, pero si mi EPS no tiene el contrato con ese especialista no es que no tenga acceso a él, es que mi empresa no me lo permite y no me lo va a garantizar y no me va a prestar el servicio, porque quién le va a pagar ese servicio.

Hay varias incongruencias en este sistema de salud y hay varias cosas que hay que cambiar y estoy de acuerdo completamente con la Viceministra de Salud en lo que ella plantea, la Reforma ya está dada pero no en las leyes que ella dice, la Reforma ya está dada desde la Estatutaria de Salud, no maquillando el mismo sistema, no sacando leyes para cambiarle el nombre, no porque el no Pos y el Pos cambie con recargo o no recargo a la UPC, eso no va a cambiar en nada, eso no va a mejorar el sistema, eso no va a garantizar la salud de nuestra población, los médicos que estamos siendo creados en este sistema estamos siendo creados en un sistema basado en lo administrativo y a qué nos están enseñando, a llenar el Mipres, en qué se nos está yendo el tiempo, en papelería, claro y entonces es fácil venir a decir acá que el médico general tiene la culpa de la desnutrición de los niños, sí, eso es muy fácil de decir porque se desconoce completamente la labor, porque se desconoce completamente lo que está pasando dentro de las universidades y es aún más triste decir que es culpa de las universidades que han pululado bajo el mando de quién, quienes autorizaron la creación de esas universidades y quienes la vigilan, si las Entidades que vigilan no conocen nada.

Hay un camino largo por recorrer y estos espacios son una cosa muy importante porque recogen precisamente las vivencias de todos desde diferentes aspectos, la idea no es pelear porque todos queremos lo mismo, todos finalmente somos pacientes y a quién le gustaría tener un paseo tan desastroso como el que viven nuestros pacientes día a día, porque no vamos un día todos aquí no más al Cancerológico y entramos a las urgencias y nos damos cuenta que la prevención y la promoción en salud no existe.

Yo pienso que la invitación más allá de sentarnos aquí a discutir es ir y conocer es ir y empaparnos un poco de la realidad del sistema, es darnos cuenta de que hay profesionales que así irónicamente lo dijeran, trabajan gratis y que si ese en uno de los objetivos, sí, lo sabemos, somos la población de residentes, nosotros trabajamos gratis para un sistema de salud, el único sistema a nivel mundial que funciona así (intervención fuera de micrófono), ah, no, perdón, yo pago por trabajar, tiene toda la razón, tiene toda la razón, muchas gracias Senador, muchas gracias por la invitación.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien médico Luis Carlos de la Asociación Nacional de Internos y Residentes, muy bien, entonces continuamos con el doctor Ricardo Navarro de la Asociación de Sociedades Científicas, por favor sonido.

Presidente Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, doctor Ricardo Navarro:

Muy buenas tardes, agradezco al Senador Delgado y al Senador que todavía está acompañándonos, a todos los que estamos acá que estamos preocupados por el sistema de salud. Yo soy Ricardo Navarro, Presidente de Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, represento a 65 Sociedades Científicas y el clamor de ellas es que definitivamente las EPS fueron una equivocación como se crearon en la Ley 100 y que la Ley Estatutaria no habría necesidad de haber impulsado y que hoy esté la Ley Estatutaria si no hubiera existido la Ley 100. La Ley 100 desde el 1993 para acá ha sido nefasta para la... a pesar de que se diga que tiene una cobertura del 97%, pero ha sido nefasta para los intereses tanto de los pacientes como de los profesionales.

Ahora escuchaba al doctor Luis Carlos, hablar de los especialistas, imagínense que hay un especialista en Mocoa llamado el doctor Jacinto Duarte, que en el desastre natural que hubo hace poco en Mocoa, él había sido el Director del hospital de Mocoa que tenía dos médicos Anestesiólogos, prescindió de uno y solamente había una sola médica de Cuba y en vista de este debacle que hubo, pues, cuatro anestesiólogos de allá de Mocoa prestaron los servicios prácticamente gratis, ahora parece ser que se va a nombrar otro anestesiólogo del cual se había prescindido y el doctor Jacinto Duarte me dice, doctor Navarro ayúdeme no tengo empleo, un anestesiólogo en una zona de esas, no hay empleo, uno dice pero se necesitan anestesiólogos, las cifras que aparecen allí 2.672 en la base de datos de la Sociedad Colombiana de Anestesia, somos más de 3.000 anestesiólogos, el año pasado se graduaron 110 e ingresaron del extranjero con títulos convalidados 101, casi una cohorte de los mismos que se graduaron, pero el Estado sigue diciendo que no hay especialistas, sí.

Porque, qué papel hace y por qué nosotros en Sociedades Científicas no estamos de acuerdo con las EPS, no podemos generalizar, porque uno de los síntomas psiquiátricos de enfermedad psiquiátrica es la generalización desde la Medicina, uno no puede decir todas las EPS son malas, no, pero realmente las EPS tienen tres roles o han tenido tres roles, uno, administración de dinero, en tanto reciben las cotizaciones del sistema; dos, asegurador en el sistema y tres, prestador de servicios y pudiera ser un asegurador, pero el error está en que se propició en este país en el cual la corrupción es galopante y la impunidad también se propició a que hubiera ese afán de lucro por parte de las EPS, claro, han hecho una tarea, sí la han hecho, pero por otro lado también han hecho otra que han desviado los fondos para su beneficio particular por ser intermediadoras y todo intermediador quiere obtener rentabilidad para su beneficio y el hecho de que no haya promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, esa es una de las cosas que a las EPS no les preocupa eso, uno se pregunta por qué si llevamos 24 años en la misma, hasta ahora, usted Senador, pone el dedo en la llaga y dice, hombre, puso dos propuestas, una, estudiar a fondo el papel de las EPS porque hay que modificar, entonces algunos dicen, no, la Ley Estatutaria no tiene las EPS, no las tiene allí, pero para nosotros el papel de manejo de los recursos públicos no es para que lo deleguen a las EPS, no es, porque precisamente nos hemos dado cuenta lo que se ha producido en el país.

Ahora, nosotros también estamos en desacuerdo con que, en medicina también hay otra tendencia que es, todo aquel médico profesional de la salud puede hacer cualquier procedimiento, siempre y cuando sepa manejar las complicaciones, acá se implementaron las EPS, pero no hubo cómo manejar las complicaciones de las EPS, los entes de control han fallado, han fallado, la Superintendencia se ha quedado corta y todo lo demás, mire, las EPS, todo, ahorita hablaba el Director de un Hospital que le debe a sus empleados 3 meses, hay sitios en que la cartera es eso, de 90, 180 días, yo creo que al único trabajador en el país que no le pagan, 1, 2, 3 meses es al trabajador de la salud, es al único, díganme otro trabajador que esté en las mismas condiciones, a todo el mundo por su trabajo se le debe pagar, pero aquí el Gobierno no le exige, no hay entes de control que le exijan que las EPS les paguen, se pongan al día con las IPS y el problema es que el ánimo de lucro lleva a que se glosen las cuentas todos los días, todos los días se glosen las cuentas y por eso no se ponen al día con las IPS.

Nosotros vemos con mucho optimismo esta presentación suya y este llamar a toda la colectividad a que se discuta este tema porque no es fácil, hay unos que lo defienden a capa y espada y dicen que este es el mejor sistema de salud, está de número 22 en el mundo, pero nosotros no lo vemos así, cualquiera de nosotros que nos enfermamos, uno porque tiene sus amigos médicos, pero cualquier persona que se enferme le toca difícil, difícil que lo atiendan y que lo atiendan con calidad, sí, y todo, el primero que habló acá fue el representante de los pacientes terminales, cómo sufren esos pacientes.

De manera que nosotros lo felicitamos desde Sociedades Científicas, esperamos hacer el seguimiento y ojalá se pueda modificar para bien de los pacientes, para bien de todo el talento humano en salud que las EPS si van a existir no toquen un peso, no administren un recurso, porque eso es lo que ha deteriorado y ha entrado y por eso ha entrado en crisis el sistema nacional de salud, aun cuando en el Ministerio dicen que no hay crisis de la salud, no hay crisis, pero nosotros vemos que el sistema está en crisis, es más hace falta plata para la salud.

De manera Senador que, muchísimas gracias por esta oportunidad y respaldamos tanto la propuesta de revisar el rol de las EPS, como también respaldamos el que se sancione a todo aquel que atente contra los recursos públicos de la salud y que sea una sanción como usted dijo, que se considere como una sanción de lesa humanidad o sea hay que sancionarlo con todas las de la ley, con todo el rigor de la ley, pero

ojalá eso se dé porque usted sabe que cuando hay plata de por medio la impunidad aflora y ese es nuestro problema. Muchas gracias.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Muy bien, a usted doctor Ricardo, la señora Viceministra me ha pedido un espacio rápidamente, tiene el uso de la palabra.

Viceministra de Protección Social, doctora Carmen Eugenia Dávila Guerrero:

Bueno, muchas gracias, solamente para hacerle una precisión al doctor Navarro, desde hace ya varios años, más o menos 3 o 4 años el recaudo delegado de las EPS por la Ley 100 ya ellos no lo están manejando directamente, si bien abren unas cuentas maestras de recaudo, no pueden tocar un solo peso porque está siendo controlado por el Fosyga y solo pueden retirar de esas cuentas lo que se les autoriza por reconocimiento de UPC, eso se desarrolló en un Decreto Reglamentario de la Ley del Plan que es el Decreto número 4023, entonces quería hacerle esa precisión, no manejan las cotizaciones y no disponen, de pronto en algún momento pasó eso, pero eso ya no pasa dentro del sistema.

Lo otro que quisiera mencionar es que nosotros no hemos negado que hay una crisis y hemos incluso señalado algunas causas preponderantes de la crisis y entre ellas, no me voy a extender, pero voy a mencionar una, el tema de estas prestaciones no Pos que digamos han acabado con los ahorros que teníamos en el Fosyga, que han afectado los patrimonios de las EPS, de las Cajas también, que generan problemas a los prestadores y que ahora están amenazando la sostenibilidad fiscal de las Entidades Territoriales, entonces quería hacer esa precisión.

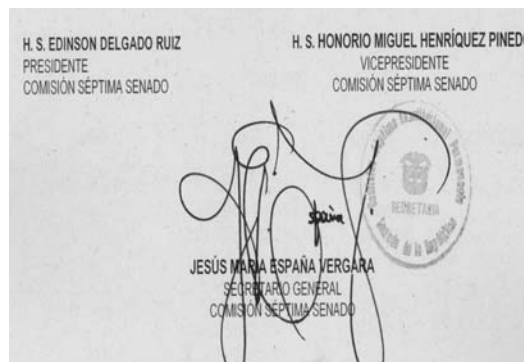
Y frente al doctor Fernández, doctor, las utilidades de las EPS si es que las hay, que usted puede ver porque eso está publicado, es público, en la página web de la Superintendencia, puede ver quién tiene utilidades y quién no, salen del 10% que se les permite de acuerdo a la Ley 1438 en el caso del Contributivo y la Ley 1122 en el caso del Subsidiado, del gasto de administración, si no hay posibilidad, si no hay utilidades no pueden tomar utilidades del menor gasto digamos que puedan ser

por el manejo de la UPC, entonces no sé si de pronto usted no estaba actualizado con esa Jurisprudencia (intervención fuera de micrófono), de pronto no, eso sí puede ser cierto.

Presidente, honorable Senador Édinson Delgado Ruiz:

Ok, bueno, de verdad que quiero en nombre de la Comisión Séptima agradecerles a todos ustedes su presencia a esta importante audiencia, vamos a continuar en el debate, no solamente ahora a raíz de otros temas que vamos a abordar, sino una vez nos estructuramos definitivamente este proyecto de ley porque va recogiendo, insisto, muchas de las recomendaciones, vamos a, seguramente a continuar en otros espacios. Es parte del ejercicio, es parte de la democracia en este país y excelente la participación de todos ustedes de verdad, con alto contenido desde el punto de vista académico insisto mucho en eso y esto ha enriquecido esta audiencia, yo creo que el país se va a poder dar cuenta, ojalá mañana pues un gran número de colombianos puedan ver y escuchar todo lo que se ha discutido hoy, insisto, mañana a partir de la una de la tarde en diferido toda la Sesión se va a transmitir por el Canal Institucional.

Entonces ya agotado el orden de esta audiencia, la levantamos a las cuatro y dieciséis (04:16 p. m.) y están convocados los miembros de la Comisión para Sesión de Control Político mañana a partir de las nueve (09:00 a. m.) de la mañana en la ciudad de Santa Marta, el doctor Contreras está cordialmente invitado. Muchas gracias.



A esta sesión fueron citados e invitados, los siguientes altos funcionarios:

CITADOS:

Nº	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
1	ALEJANDRO GAVIRIA URIBE	MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	DRA. CARMEN EUGENIA DÁVILA SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	VICEMINISTRA DE SALUD
2	NORMAN JULIO MUÑOZ	SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD	DOCTORA EVA CARRASCAL SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
3	JAIME ARIAS RAMÍREZ	PRESIDENTE ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL (ACEMI)	FABIÁN CARDONA SÍ ASISTIÓ	VICEPRESIDENTE DE SALUD ACEMI

Nº	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
4	BRUCE MAC MASTER	ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA (ANDI)	CARLOS EDUARDO JURADO MONCAYO	DIRECTOR DE LA CÁMARA DE SALUD DE LA ANDI
5	ELISA CAROLINA TORRENEGRA	DIRECTORA EJECUTIVA DE GESTARSALUD	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
6	JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA	DIRECTOR ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	

INVITADOS:

Nº	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
1	MIGUEL ÁNGEL CASTRILLÓN C.	PRESIDENTE SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES SINTRASEGURIDADSOCIAL	PEDRO CONTRERAS SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	PRESIDENTE DE ASMEDAS
2	LUZ FANY ZAMBRANO SORACÁ	PRESIDENTA NACIONAL SINTRASALUDCOL	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
3	ROBERTO BUSTAMANATE	PRESIDENTE ANTHOC SECCIONAL BOLÍVAR	YESID HERNANDO CACHO JIMÉNEZ SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	PRESIDENTE NACIONAL, ANTHOC
4	MARÍA DORIS GONZÁLEZ	PRESIDENTA SINDICATO NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (SINDESS)	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	CARLOS EDUARDO JURADO MONCAYO - DIRECTOR DE LA CÁMARA DE SALUD DE LA ANDI.
5	LUIS ALEJANDRO PEDRAZA BECERRA	PRESIDENTE CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES (CUT)	MARÍA DORIS GONZÁLEZ SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
6	LUIS MIGUEL MORANTES ALFONSO	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
7	JULIO ROBERTO GÓMEZ ESGUERRA	PRESIDENTE CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
8	JOSÉ VILLAMIL	VEEDOR NACIONAL DE SALUD	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
9	GUSTAVO ADOLFO QUINTERO HERNÁNDEZ	PRESIDENTE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA ASCOFAME	RICARDO HUMBERTO ROZO URIBE SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTAD DE MEDICINA - ASCOFAME.
10	GERARDO CAMPO CABAL	DECANO FACULTAD DE SALUD - UNIVERSIDAD DEL VALLE	MARIO ESTEBAN HERNÁNDEZ ÁLVAREZ	DELEGADO FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
11	ARIEL IVÁN RUIZ PARRA	DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MARIO ESTEBAN HERNÁNDEZ ÁLVAREZ SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	COORDINADOR DEL DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA.
12	ANDRÉS SARMIENTO RODRÍGUEZ	DECANO FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES		

N°	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
13	CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA	FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.		
14	ROBERTO BAQUERO	PRESIDENTE COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO	JORGE DIEGO ACOSTA SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	VICEPRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
15	PEDRO CONTRERAS	PRESIDENTE DE ASMEDAS	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
16	RICARDO NAVARRO	PRESIDENTE ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS (ACSC)	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
17	OLGA LUCÍA ZULUAGA	ACESI	LEONARDO QUICENO PÁEZ SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ACESI
18	MARTHA HERRERA OLAYA	PRESIDENTE FUNDACIÓN COLOMBIANA PARA FIBROSOS QUÍSTICA		
19	ÁNGELA CHAVES R.	PRESIDENTE EJECUTIVO FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS (FECOER)		
20	MIGUEL DAVID QUINTERO	REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA MÉDICA ESTUDIANTIL	SÍ ASISTIÓ	
21	FERNANDO GUZMÁN MORA	PRESIDENTE FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA		
22	CARLOS LEAL ANGARITA	PRESIDENTE ASOCIACIÓN NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES (ANIR)	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
23	ÓSCAR MAURICIO LIZCANO ARANGO	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA		
24	ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA		
25	FARUK URRUTIA JALILIE	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
26	MYRIAM ALICIA PAREDES AGUIRRE	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA		
27	JORGE ENRIQUE ROBLEDO CASTILLO	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA		
28	JORGE IVÁN OSPINA GÓMEZ	HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA		
29	CLAUDIA MARCELA ROJAS	DIRECTORA GENERAL ESE CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA		
30	ELIN XIOMARA PEREA F.	SUBDIRECTORA TÉCNICO – CIENTÍFICA ESE CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA.		
31	JORGE ENRIQUE ENCISO	PRESIDENTE COALICIÓN NACIONAL DE SINDICATOS MÉDICOS	DR. JULIÁN ANDRÉS MORA QUINTERO SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	COALICIÓN NACIONAL DE SINDICATOS MÉDICOS

N°	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
32	CARMEN TERESA CASTAÑEDA VILLAMIZAR	PERSONERA DISTRITAL DE BOGOTÁ	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
33	LUIS ALEJANDRO PEDRAZA BECERRA	PRESIDENTE CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES (CUT)		
34	ÉDGAR ROJAS	SINDICATO DE MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS DE BOGOTÁ	SÍ ASISTIÓ	
35	DORIS L. DELGADO S.	DIRECTORA EJECUTIVA ACEHR Y VOCERA DE PACIENTE COLOMBIA		
36	JORGE A. ROMERO CÁRDENAS	IMPULSOR DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CIUDADANA CONTROL SOCIAL Y VEEDURÍA CIUDADANA A LA GESTIÓN PÚBLICA A NIVEL NACIONAL.	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
37	CLEMENCIA MAYORGA	SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
38	ÓSCAR EDUARDO FORERO NIÑO	EMPRESA PRODUCTOS ROCHE S. A		
39				
40	SANDRA LILIANA NIEVES ROJAS	ASISTENTE ADMINISTRATIVO FUNDACIÓN COLOMBIANA FIBROSIS QUÍSTICA		
41	ANDREA BIBIANA ECHAVARRÍA NARANJO	GERENTE DE ACCESO FUNDACIÓN COLOMBIANA FIBROSIS QUÍSTICA F		
42	EDWIN GARAY JARAMILLO	ASOCIACIÓN COLOMBIANA MÉDICA ESTUDIANTIL	SÍ ASISTIÓ	
43	NÉSTOR ÁLVAREZ LARA	PACIENTES ALTO COSTO	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
44	INDIRA OCANDO BRITTO	COOSALUD		
45	NATALIA LARGO GONZÁLEZ	COOSALUD ASUNTOS CORPORATIVOS	SÍ ASISTIÓ	
46	TITO LADINO CRUZ	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
47	MIRTHA RODRÍGUEZ VALENZUELA	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
48	NOHORA STELLA TOVAR	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
49	ROSA ELENA FLEREZ	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
50	LUZ MARY SÁNCHEZ	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
51	LINA GARCÍA	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)	SÍ ASISTIÓ	
52	JORGE CARRILLO	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)	SÍ ASISTIÓ	
53	ZITA TINOCO AROCHA	CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA (CTC)		
54	MARTHA ISABEL OSORIO ARIZA			
55	YOLANDA CORZO MARIÑO		SÍ ASISTIÓ	

N°	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
56	FREDDY HARVEY RODRÍGUEZ GARAVITO			
57	AURA SOFÍA ROA	LÍDER DE ASEGURAMIENTO – GESTARSALUD		
58	ANDREA CHARRIS GUERRERO	ASISTENTE DE REPRESENTATIVIDAD Y COMUNICACIONES – GESTARSALUD		
59	FABIO ENRÍQUEZ MIRANDA	MALLAMAS	SÍ ASISTIÓ	
60	LINA CATHERINE BARACALDO MORENO	MALLAMAS	SÍ ASISTIÓ	
61	GILBERTO QUINCHE TORO	GERENTE GENERAL SECTOR COOMEVA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
62	JUAN CAMILO GONZÁLEZ	JURÍDICA COOMEVA		
63	EDUARDO CARMELO PADILLA HERNÁNDEZ	DIRECTOR NACIONAL DE ASORED NACIONAL DE VEEDURÍAS	SÍ ASISTIÓ	
64	MARÍA DORIS GONZÁLEZ	PRESIDENTE SINDESS NACIONAL	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
65	MARÍA ANGELINA QUIÑONEZ SANDOVAL	SINDESS NACIONAL	SÍ ASISTIÓ	
66	ALBERTO BRAVO BORDA	PRESIDENTE EJECUTIVO DE ASINFAR	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
67	JORGE AUGUSTO CORREA C.	ASESOR DE ASINFAR		
68	AIDÉ CAROLINA RODRÍGUEZ	SINALTRAESSES		
69	LIZ AMANDA SIERRA	SINALTRAESSES	SÍ ASISTIÓ	
70	JORGE IGNACIO PEÑA	SINALTRAESSES		
71	NANCY WILCHES	SINALTRAESSES	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
72	MARÍA ANGELINA QUIÑÓNEZ SANDOVAL	SINDESS NACIONAL	SÍ ASISTIÓ	
73	JULIÁN ANDRÉS MORA QUINTERO	DELEGADO - COALICIÓN NACIONAL DE SINDICATOS MÉDICOS	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO	
74	CINDY VIVIANA RODRÍGUEZ	DELEGADO - COALICIÓN NACIONAL DE SINDICATOS MÉDICOS		
75	PAULA TATIANA MARTÍNEZ GONZÁLEZ	ACOME	SÍ ASISTIÓ	
76	EDUARDO PADILLA	ASORED	SÍ ASISTIÓ	
77	DIANA VARGAS	SINTRASALUDCOL	SÍ ASISTIÓ	
78	ANDREA SÁNCHEZ	SINTRASALUDCOL	SÍ ASISTIÓ	
79	SHARLY MARTÍNEZ	SINTRASALUDCOL	SÍ ASISTIÓ	
80	SERGIO DURÁN GARCÍA	ASOCIACIÓN EGRESADOS	SÍ ASISTIÓ	
81	MARÍA HELENA PATIÑO	ACHC	SÍ ASISTIÓ	
82	FABIOLA ALBA	ACHC	SÍ ASISTIÓ	
83	GILTON SÁNCHEZ	CGR	SÍ ASISTIÓ	
84	ANA CECILIA PARDO	ASOEDILES CALI	SÍ ASISTIÓ	
85	MIGUEL QUINTERO	ACOME	SÍ ASISTIÓ	

N°	NOMBRE	CARGO	DELEGÓ EN	CARGOS/DELEGADOS
86	JULIÁN MORA	COALICIÓN NAL SINDICATOS MÉDICOS	SÍ ASISTIÓ	
87	PAULA MARTÍNEZ GONZÁLEZ	ACOME	SÍ ASISTIÓ	
88	VÍCTOR HUGO LOAIZA	CGR	SÍ ASISTIÓ	
89	JULIETH PAOLA BORDA	AXIS	SÍ ASISTIÓ	
90	LUZ MARINA DÍAZ	ACHC	SÍ ASISTIÓ	
91	FABIO ENRIQUE MIRANDA	EPSI	SÍ ASISTIÓ	
92	CARLOS EDUARDO	ANDI	SÍ ASISTIÓ	
93	OLGA CUBIDES	SCARE	SÍ ASISTIÓ	
94	CLEMENCIA OLAYA		SÍ ASISTIÓ	
95	LUZ MARINA GARZÓN LÓPEZ	SALUDCOOP IACGPP	SÍ ASISTIÓ	
96	LINA GARCÍA	CTC	SÍ ASISTIÓ	
97	HUGO ANDRÉS SIERRA	PARTIDO LIBERAL	SÍ ASISTIÓ	
98	MARÍA HELENA PATIÑO	ACHC	SÍ ASISTIÓ	
99	MARCELA PUENTES	PERIODISTA	SÍ ASISTIÓ	
100	DIEGO PERDOMO	PERIODISTA	SÍ ASISTIÓ	
101	NOHORA TOVAR	CTC	SÍ ASISTIÓ	
102	ANA CECILIA PARDO	JAL	SÍ ASISTIÓ	
103	GERMÁN FERNÁNDEZ	COL MÉDICO	SÍ ASISTIÓ	
104	AIDÉ CAROLINA RODRÍGUEZ	SINALTRAESSES	SÍ ASISTIÓ	
105	SHARLY MARTÍNEZ	SINTRASALUDCOL	SÍ ASISTIÓ	

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintisiete (27) días del mes de junio del año dos mil diecisiete (2017).

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, de la Audiencia Pública “**Rol que desempeñan las EPS en el sistema de salud colombiano**”, de fecha jueves once (11) de mayo

de dos mil diecisiete (2017), de la Legislatura 2016-2017.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA