



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - Nº 15

Bogotá, D. C., jueves, 2 de enero de 2020

EDICIÓN DE 54 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.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

COMISIONES SÉPTIMAS
CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

ACTA NÚMERO 01 DE 2019

(septiembre 30)

Legislatura 2019-2020

Sesión Conjunta

“Tema: “Estado financiero y patrimonial de las EPS”

Siendo las diez de la mañana (10:00 a. m.), del día lunes treinta (30) de septiembre de dos mil diecinueve (2019), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la Sesión el Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez, la Honorable Representante Norma Hurtado Sánchez, en su calidad de Vicepresidenta, como Secretario, el doctor Jesús María España Vergara y Subsecretario, el doctor Emiro Enrique González Martínez. Se dio inicio a la sesión conjunta, programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA SESIÓN ORDINARIA CONJUNTA

Legislatura 2019-2020

Lugar: Auditorio “Luis Guillermo Vélez”, piso primero - costado sur - del Edificio Nuevo del Congreso de la República, ingresando por la calle 8ª con carreras 6ª y 7ª.

Hora: nueve (09:00) de la mañana

Por instrucciones de las Honorables Mesas Directivas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Honorable Congreso de la República **Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez - Presidente** y **Honorable Senador José Aulo Polo Narváez**

- **Vicepresidente y Honorable Representante Norma Hurtado Sánchez – Presidenta y Honorable Representante Henry Fernando Correal Herrera – Vicepresidente**, el Orden del Día propuesto para la **Sesión Ordinaria Conjunta del Lunes 30 de septiembre de 2019**, que aquí se convoca, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de las Mesas Directivas (Senado y Cámara)

III

Control político al Gobierno y a los Representantes Legales de las EPS (Contributivas y subsidiadas), sobre el “Estado financiero y patrimonial de las EPS” con fundamento en el artículo 137 constitucional.

Comisión Séptima del Senado

Proposición 03 del 2 de septiembre de 2019, aprobada el lunes dos (2) de septiembre de 2019, según consta en el Acta número 08 de esa fecha.

“Cítese a todos los Directores y/o Representantes Legales de todas las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, vigentes y a las recientemente intervenidas y/o liquidadas, a los señores Ministros de Salud y Protección Social, doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, de Hacienda, doctor Alberto Carrasquilla Barrera, la Señora Directora de ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), doctora Cristina Arango Olaya y al señor Superintendente Nacional de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel, para que se sirvan responder el cuestionario adjunto,

relacionado con el estado financiero y patrimonial de las EPS, el flujo de recursos al interior de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en relación con ADRES, todo lo relacionado con el sistema de auditoría vigente y con el estado actual de la cartera que se tiene con las EPS Contributivas por concepto de recobros”.

Iniciativa: Honorable Senador *Fabián Gerardo Castillo Suárez*, Honorable Senador *José Aulo Polo Narváez*, Honorable Senadora *Nadya Georgette Blel Scaff*, Honorable Senador *Jesús Alberto Castilla Salazar*, Honorable Senadora *Laura Ester Fortich Sánchez*, Honorable Senadora *Aydeé Lizarazo Cubillos*, Honorable Senador *Manuel Bitervo Palchucan Chingal*, Honorable Senadora *Victoria Sandino Simanca Herrera*, Honorable Senador *José Ritter López Peña*, Honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, Honorable Senador *Carlos Fernando Motoa Solarte*, Honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo*, Honorable Senador *Gabriel Jaime Velasco Ocampo* y Honorable Senador *Álvaro Uribe Vélez*.

Proposición 04 aditiva a la Proposición 03 del 2 de septiembre de 2019, aprobada el martes diez (10) de septiembre de 2019, según consta en el Acta número 10 de esa fecha.

“Para el Control Político a las EPS y al Gobierno aprobado según Proposición 03 del día dos (2) de septiembre de 2019, Cítense a los Representantes Legales de las siguientes entidades: Acemi, Gestarsalud, Acesi y ACHC e Invítense a los Organismos de Control (Procurador General de la Nación, Contralor General de la República y Defensor del Pueblo), a Vocero de las Asociaciones de Pacientes y Vocero de la Veeduría Nacional en Salud, para que asistan y participen de cada una de las sesiones en las cuales se adelante el Control Político aprobado en las fechas y horarios que para tal efecto se digne fijar la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado”.

Iniciativa: Honorable Senador *Fabián Gerardo Castillo Suárez*, Honorable Senadora *Aydeé Lizarazo Cubillos*, Honorable Senador *José Aulo Polo Narváez*, Honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*, Honorable Senador *Gabriel Jaime Velasco Ocampo*, Honorable Senadora *Laura Ester Fortich Sánchez*, Honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo*, Honorable Senador *José Ritter López Peña*, Honorable Senador *Álvaro Uribe Vélez* y Honorable Senadora *Nadya Georgette Blel Scaff*.

Proposición 06 aditiva a la Proposición 03 del 2 de septiembre de 2019, aprobada el martes veinticuatro (24) de septiembre de 2019, según consta en el Acta número 12 de esa fecha.

Proposición 06 reinsistencia de citación control político Proposiciones 03 y 04 de 2019

Proponemos que la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República, de conformidad con el inciso segundo del artículo 137 superior, **reinsista en**

volver a citar a Control Político, a quienes no asistieron o se excusaron de asistir a la citación de hoy martes veinticuatro (24) de septiembre de dos mil diecinueve (2019) que oportunamente les fue notificada, de conformidad con el cuestionario único de las Proposiciones 03 del día dos (2) de septiembre de 2019 y aditiva 04 del martes diez (10) de septiembre de 2019, dentro de las indagaciones que esta célula legislativa adelanta a las EPS contributivas y subsidiadas y al Gobierno, con relación a la situación de crisis que actualmente atraviesa el sistema general de seguridad social en salud, la cual es de amplio dominio y conocimiento público. Esta nueva reinsistencia de citación será notificada para que los citados comparezcan en las fechas y horarios que para tal efecto se digne fijar la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado.

Iniciativa: Honorable Senadora *Victoria Sandino Simanca Herrera*, Honorable Senador *José Ritter López Peña*, Honorable Senador *Manuel Bitervo Palchucan Chingal*, Honorable Senador *Gabriel Jaime Velasco Ocampo*, Honorable Senadora *Laura Ester Fortich Sánchez*, Honorable Senador *Fabián Gerardo Castillo Suárez*, Honorable Senador *Álvaro Uribe Vélez* y Honorable Senador *Eduardo Enrique Pulgar Daza*.

Proposición 07 aditiva a la Proposición 03 del 2 de septiembre de 2019, aprobada el martes veinticuatro (24) de septiembre de 2019, según consta en el Acta número 12 de esa fecha.

Para el Control Político a las EPS y al Gobierno aprobado según Proposiciones 3 y 4, cítese al Fiscal General de la Nación (e) doctor Fabio Espitia Garzón, para que asista y participe de cada una de las Sesiones en las cuales se adelante el Control Político aprobado en las fechas y horarios que para tal efecto se digne fijar la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, con el fin de que informe en qué estado se encuentran las investigaciones adelantadas a las EPS en el país:

1. ¿Cuántas investigaciones hay?
2. ¿En qué estado están?
3. ¿A cuáles EPS se les adelantan?

Iniciativa: Honorable Senador *José Ritter López Peña*, Honorable Senador *Carlos Fernando Motoa Solarte*, Honorable Senador *Gabriel Jaime Velasco Ocampo*, Honorable Senador *Fabián Gerardo Castillo Suárez*, Honorable Senador *Jesús Alberto Castilla Salazar*, Honorable Senadora *Laura Ester Fortich Sánchez*, Honorable Senador *Manuel Bitervo Palchucan Chingal*, Honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo*, Honorable Senador *Álvaro Uribe Vélez*, Honorable Senadora *Aydeé Lizarazo Cubillos*.

COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA

La Comisión Séptima de la Honorable Cámara de Representantes, en su sesión del día martes veinticuatro (24) de septiembre de 2019, según consta en el Acta número 14 de esa fecha, aprobó la Proposición número 14, acogiendo en su

integridad el contenido de las Proposiciones 03 y 04 previamente aprobadas por la Comisión Séptima del Senado, al igual que idéntico cuestionario, para sesionar de manera conjunta.

CUESTIONARIO CONJUNTO DE LAS COMISIONES SÉPTIMA DEL SENADO Y DE LA CÁMARA:

A los presidentes, representantes legales, directores y/o gerentes de cada una de las EPS (contributivas y subsidiadas):

¿Cuántos afiliados tiene actualmente la EPS a su cargo?

¿Cuál ha sido el estado financiero y patrimonial de la Empresa a su cargo en los últimos 5 años, incluyendo el año en curso?

¿Cuenta con recursos o márgenes de acción ante situaciones imprevistas?

¿Cuánto dinero ha recibido la empresa a su cargo por concepto de UPC y Recobros No PBS, en los últimos 5 años, incluyendo el año en curso?

¿Cómo y por quiénes está constituida su red de prestadores de servicios en los diferentes entes territoriales donde opera?

¿Cuál es el monto total a la fecha, según ustedes, de las deudas que tiene cada EPS, con los actuales prestadores de servicios integrantes o exintegrantes de su respectiva red de prestadores de servicios, en particular con Hospitales y Clínicas, detallando la edad de la cartera?

¿Cuál es el monto total a la fecha, según ustedes, de las deudas que tiene el Estado (ADRES y Entes Territoriales), con cada EPS (Contributiva y/o Subsidiada), por concepto de recobros No PBS detallando la edad de la cartera?

¿Cuál fue la metodología para dicho cálculo? ¿Fue revisado o auditado dicho valor?

Solo para las EPS de las Cajas de Compensación Familiar: ¿Cuál ha sido el impacto favorable o desfavorable de la aplicación de Ley 1929 de 2018, para las EPS de las Cajas de Compensación Familiar?

A la señora Directora de la ADRES:

¿A cuánto ascienden, a la fecha, los recursos girados por la entidad a su cargo a las EPS desde su entrada en operación en el 2017? Detallar los mecanismos de pago usados, los actores destinatarios del giro y ¿cuál fue el mecanismo para validar dicho recobro?

¿A cuánto ascienden real y efectivamente a la fecha, según ADRES, las deudas globales conciliadas y/o reconocidas (PERO NO PAGADAS A LA FECHA), que tiene el Estado con la totalidad de las EPS e IPS, detallando los montos individuales (Cuánto se le debe hoy a cada EPS)?

¿Cuál fue la metodología para dicho cálculo? ¿Fue revisado o auditado dicho valor?

¿Cuál es el criterio utilizado actualmente por ADRES para el pago efectivo de los recobros: La

edad de la cartera, la conciliación, u otro? Explique cada criterio.

¿Cuál es el mecanismo de auditoría para el reconocimiento y pago a las EPS, de los diferentes conceptos de Recobros No PBS?

¿Cuál es la empresa auditora actualmente contratada por ADRES para ejercer la auditoría a los pagos por diferentes conceptos de recobros formulados por las EPS?

¿A cuánto asciende el contrato de auditoría suscrito por ADRES y la mencionada entidad auditora?

¿Qué experiencia tiene la mencionada empresa auditora en procesos contables y de auditaje al interior del Sistema General de Servicios de Salud?

¿Se han impuesto decisiones administrativas por parte de ADRES en contra de la empresa contratista que ejerce la auditoría, por presuntos o reales incumplimientos del objeto contractual? En el evento positivo, ¿cuáles han sido y cuáles las razones?

¿Cuáles son las EPS que más recursos reciben por concepto de Recobros No PBS?

Al señor Superintendente Nacional de Salud:

¿Cuántas EPS han sido habilitadas en los últimos 5 años? ¿Cuántas han sido liquidadas y sacadas del Sistema? Explicar los motivos de ambas decisiones.

¿Cuál es la situación administrativa actual de cada una de las EPS sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud?

¿Cuántos y cuáles procesos de cambio de razón social y NIT se han dado entre las EPS a cargo de su vigilancia?

¿Cuántos y a cuáles EPS fueron trasladados los afiliados de EPS recientemente liquidadas o intervenidas? ¿Cómo ha impactado estas medidas el flujo de recursos en términos de la UPC a las otras EPS?

¿En qué estado se encuentra la articulación de su entidad con las Superintendencias de Financiera, de Sociedades, y de Industria y Comercio, para la efectiva vigilancia del sector salud de acuerdo a la Ley 1966 de 2019?

¿Dentro de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control que debe ejercer la Superintendencia Nacional de Salud, cuáles son las medidas sancionatorias que ha adoptado en contra de las EPS, frente al hecho que en el año 2018, según la Defensoría del Pueblo, se instauraron 207.734 acciones de tutelas en salud, lo que equivale a una cada 34 segundos, por violación al Derecho Fundamental a la Salud?

Al señor Ministro de Salud:

Si hace más de 10 años, la Corte Constitucional le ordenó al Ministerio de Salud tomar medidas para reducir el número de tutelas en las que los colombianos piden servicios de salud, estando vigente hoy la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud (Por medio de la

cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones): ¿Cuáles son las medidas que ha adoptado el ministerio a su cargo, frente al hecho que en el año 2018, según la Defensoría del Pueblo, se instauraron 207.734 acciones de tutelas en salud, lo que equivale a una cada 34 segundos, por violación al Derecho Fundamental a la Salud?

¿Qué medidas tiene contempladas el Ministerio de Salud a su cargo, para controlar el gasto por concepto de recobros, y demás factores que afecta la sostenibilidad financiera del sistema de salud?

¿De qué forma aplicará el Ministerio de Salud el artículo 240 del PND (Ley 1955 de 2019) respecto a la nueva gestión de los servicios y tecnologías en salud No contempladas en el Plan de Beneficios en Salud (No PBS), por parte de las EPS? ¿Se trata de una prima adicional a la UPC? ¿Cómo será el cálculo de esta? ¿De qué forma se garantiza que incentivará la competencia entre EPS?

¿Cuál ha sido el avance hasta hoy en la aplicación de Ley 1929 de 2018, para las EPS de las Cajas de Compensación Familiar?

Al señor Ministro de Hacienda:

¿Quién y cómo se garantiza el pago efectivo de las deudas de las EPS liquidadas (Caprecom, Saludcoop, Cafesalud y demás), cuyas carteras deterioradas son superiores a un año?

¿Cuál es el cronograma que tiene previsto el Ministerio de Hacienda en Coordinación con el Ministerio de Salud, para sanear las deudas actuales del sector salud, con aplicación de Ley 1966 de 2019 (Ley de punto final)?

Citados del Gobierno:

1. Doctor **Alberto Carrasquilla Barrera** - Ministro de Hacienda y Crédito Público
2. Doctor **Juan Pablo Uribe Restrepo** - Ministro de Salud y de la Protección Social
3. Doctora **Cristina Arango Olaya** - Directora General Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)
4. Doctor **Fabio Aristizábal Ángel** - Superintendente Nacional de Salud

Citados de agremiaciones del sector salud:

5. Doctor **Gustavo Morales Cobo** - Presidente Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).
6. Doctora **Elisa Carolina Torrenegra** - Directora Ejecutiva de Gestarsalud
7. Doctor **Juan Carlos Giraldo Valencia** - Director Ejecutivo ACHC Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)
8. Doctora **Olga Lucía Zuluaga** - Directora Ejecutiva de ACESI Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos

Citados Representantes Legales de EPS Subsidiadas:

1. Doctor **Jesús Esquivel** - representante legal Ecoopsos
2. Doctor **Carlos Fajardo P.** - Gerente Emssanar
3. Doctor **Jaime González Montaña** - Presidente Coosalud
4. Doctor **Alex Fernando Martínez** - Presidente Medimás Subsidiado
5. Doctor **Galo Viana Muñoz** - Gerente Mutual Ser
6. Doctor **Javier Cárdenas** - Gerente Comparta
7. Doctor **Raúl Consuegra** - Director Administrativo y Financiero Anas Wayuu
8. Doctora **Carolina Pinzón** - Gerente Capital Salud
9. Doctor **Juan Pablo Silva Roa** - Presidente Saludvida
10. Doctor **José Joaquín Cortés** - Director de Salud Cajacopí
11. Doctor **Gustavo Adolfo Aguilar** - Presidente Asmet Salud
12. Doctor **Luis Ernesto Baloyes** - Gerente Barrios Unidos (Ambuq)
13. Doctor **Mauricio Jaramillo** - Subgerencia Financiera Savia Salud

Invitados de los Órganos de Control:

1. Doctor **Fernando Carrillo Flórez** - Procurador General de la Nación
2. Doctor **Carlos Alfonso Negret Mosquera** - Defensor del Pueblo
3. Doctor **Carlos Felipe Córdoba** - Contralor General de la República
4. Doctor **Fabio Espitia Garzón** - Fiscal General de la Nación (e)

Invitados de la Sociedad Civil:

1. Doctor **José Vicente Villamil** - Veedor Nacional en Salud
2. Señoras y señores - **Voceras y Voceros de Asociaciones de Pacientes**

IV

Lo que propongan las Honorables Senadoras y Representantes y los Honorables Senadores y Representantes.

Las Mesas Directivas de las Comisiones Séptimas Conjuntas del Senado y de la Cámara, altamente agradecerá la puntual asistencia, para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.

El Presidente,

Honorable Senador *Fabián Gerardo Castillo Suárez.*

El Vicepresidente,

Honorable Senador *José Aulo Polo Narváez.*

La Presidenta,

Honorable Representante *Norma Hurtado Sánchez.*

El Vicepresidente,

Honorable Representante *Henry Fernando Correal H.*

El Secretario Comisión Séptima Senado,

Jesús María España Vergara.

El Secretario Comisión Séptima Cámara (e),

Emiro Enrique González Martínez.

Esta sesión contó con la asistencia de los siguientes Honorables Senadores y Senadoras y Honorables Representantes a la Cámara, así:

EN COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA:

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes Honorables Senadores y Honorables Senadoras:

Castillo Suárez Fabián Gerardo

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

Fortich Sánchez Laura Ester

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Lizarazo Cubillos Aydeé

López Peña José Ritter

Palchucan Chingal Manuel Bitervo

Polo Narváez José Aulo

Pulgar Daza Eduardo Enrique

Uribe Vélez Álvaro

Velasco Ocampo Gabriel Jaime

Con excusa dejaron de asistir los Honorables Senadores:

Castilla Salazar Jesús Alberto

Motoa Solarte Carlos Fernando

Simanca Herrera Victoria Sandino

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

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició sin Quórum Deliberatorio. El quórum decisorio se conformó dentro la media hora siguiente al inicio de la sesión. Así mismo, como quiera que la sesión estaba convocada para las 09:00 a. m. y se inició a las 10:00 a. m., la Secretaria deja constancia que no pedirá excusa a la Honorable Senadora: Blel Scaff Nadya Georgette, en virtud de lo dispuesto en el artículo 92, de la Ley 5ª de 1992.

EN COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:

Al inicio de la sesión se hicieron presentes los siguientes Honorables Senadores y Honorables Senadoras:

Acosta Lozano Carlos Eduardo

Arias Falla Jennifer Kristin

Cristo Correa Jairo Humberto

Díaz Plata Fabián

Gómez Gallego Jorge Alberto

Hurtado Sánchez Norma

Restrepo Correa Omar de Jesús

Soto De Gómez María Cristina

Toro Orjuela Mauricio Andrés

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

Benedetti Martelo Jorge Enrique

Correa López José Luis

Cristancho Tarache Jairo Giovany

Echavarría Sánchez Juan Diego

Muñoz Cerón Faber Alberto

Murillo Benítez Jhon Arley

Reinales Agudelo Juan Carlos

Sánchez Leal Ángela Patricia

Con excusa dejaron de asistir los Honorables Representantes:

Correal Herrera Henry Fernando

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

El Honorable Representante Hernández Solarte Seuix Paucias, no asistió a la sesión conjunta de la fecha.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con Quórum Deliberatorio, en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente sesión conjunta, Legislatura 2019-2020, de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, así:

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muy buenos días a todos, bienvenidos a la Sesión de Comisiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado; saludar especialmente a la Presidenta de la Comisión Séptima de la Cámara, la doctora Norma Hurtado Sánchez, a todos los Representantes presentes, a mis colegas Senadores que no han llegado en su mayoría, a los directores de gremios, Presidentes y Representantes Legales de las EPS del Régimen Subsidiado, medios de comunicación y a todos los asistentes. Señor Secretario sírvase llamar a lista y leer el Orden del Día de las Comisiones de Senado y Cámara.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez (10:00 a. m.) de hoy lunes 30 de septiembre de 2019, por autorización del señor Presidente de las Comisiones Séptima Conjuntas de Senado y Cámara de Representantes se procede por la Secretaría del Senado, hacer el llamado a lista para verificar la asistencia de los Honorables Senadores, posteriormente lo hará el señor Secretario de la Comisión Séptima de Cámara y conforme a la asistencia se procederá a la lectura del Orden del Día,

Honorable Senadora Blel Scaff Nadya Georgette	No se encuentra
Honorable Senador Castilla Salazar Jesús Alberto	Presenta excusa
Honorable Senador Castillo Suárez Fabián Gerardo	Presente
Honorable Senadora Fortich Sánchez Laura Ester	Estará llegando aquí al recinto en unos minutos.
Honorable Senador Henríquez Pinedo Honorio Miguel	No se encuentra
Honorable Senadora Lizarazo Cubillos Aydeé	No se encuentra
Honorable Senador López Peña José Ritter	No se encuentra
Honorable Senador Mota Solarte Carlos Fernando	Registra excusa. Hay problemas con el vuelo Cali-Bogotá; tenemos la excusa acá.
Honorable Senador Palchucan Chingal Manuel Bitervo	No se encuentra
Honorable Senador Polo Narváez José Aulo	No se encuentra
Honorable Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique	No se encuentra
Honorable Senadora Simanca Herrera Victoria Sandino	No se encuentra
Honorable Senador Uribe Vélez Álvaro	No se encuentra
Honorable Senador Velasco Ocampo Gabriel Jaime	No se encuentra

Solamente el Presidente contestó el llamado a lista por Senado de la República. Señor Secretario por Séptima de Cámara.

Secretario (e) Comisión Séptima Cámara de Representantes, doctor Emiro Enríquez González Martínez:

¿Está prendido? Buenos días, por Secretaría Séptima de Cámara de Representantes, el siguiente es el llamado a lista,

Honorable Representante Acosta Lozano Carlos Eduardo	Presente
Honorable Representante Arias Falla Jennifer Kristin	Presente
Honorable Representante Benedetti Martelo Jorge Enrique	No se encuentra
Honorable Representante Correa López José Luis	No se encuentra
Honorable Representante Correal Herrera Henry Fernando	Presentó excusa
Honorable Representante Crisanchito Tarache Jairo Giovany	No se encuentra

Honorable Representante Cristo Correa Jairo Humberto	Presente
Honorable Representante Díaz Plata Fabián	Presente
Honorable Representante Echavarría Sánchez Juan Diego	No se encuentra
Honorable Representante Gómez Gallego Jorge Alberto	Presente
Honorable Representante Hurtado Sánchez Norma	Presente
Honorable Representante Muñoz Cerón Faber Alberto	Presente
Honorable Representante Murillo Benítez Jhon Arley	No se encuentra
Honorable Representante Reinales Agudelo Juan Carlos	No se encuentra
Honorable Representante Restrepo Correa Ómar de Jesús	Presente
Honorable Representante Sánchez Leal Ángela Patricia	No se encuentra
Honorable Representante Soto de Gómez María Cristina	Presente
Honorable Representante Toro Orjuela Mauricio Andrés	Presente

Por Cámara han contestado al llamado a lista nueve (09) Honorables Representantes, tenemos Quórum Deliberatorio mas no Decisorio, señor Presidente está ya... se hizo el llamado a lista por Cámara.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

A las (10:04 a. m.), hacemos el registro de asistencia por Senado del Honorable Senador López Peña José Ritter. Procedemos señor Presidente según su instrucción dar lectura al Orden del Día,

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informe de las Mesas Directivas de Senado y Cámara

III

Control Político al Gobierno y a los Representantes Legales de la EPS Contributivas y Subsidiadas sobre el Estado Financiero y Patrimonial de las EPS, con fundamento en el Artículo 137 Constitucional. Por la Comisión Séptima del Senado hubo dos (02) proposiciones: la Proposición 03 del 2 de septiembre y una Proposición Aditiva del día martes 10 de septiembre; posteriormente en la Sesión pasada una Proposición 06 de Reinsistencia, ante el hecho que el Ministerio de Hacienda no registró presencia con el señor Ministro, ni con Viceministro; la Proposición 07 Aditiva, mediante la cual se pidió y se aprobó que se invitara al señor Fiscal General de la Nación, como en efecto se hizo por Secretaría. La Comisión Séptima de la Cámara el día martes 24 de septiembre pasado, según consta en el Acta 14 de esa fecha, aprobó la Proposición número 22, a través de la cual la Comisión Séptima de la Cámara acogió el cuestionario de citación de la Comisión Séptima

del Senado e igualmente a los citados e invitados, de tal manera que pudiéramos sesionar de manera conjunta como lo estamos haciendo. La Secretaría del Senado hace el registro de asistencia de la Honorable Senadora *Aydeé Lizarazo*, cuestionario conjunto de la Comisiones Séptimas, que fue dado a conocer, está en el Orden del Día.

Se procede último punto,

IV

Lo que propongan los Honorables Senadores y Honorables Senadoras.

Por instrucción del señor Presidente, se procede por la Secretaría a hacer el llamado de los citados e invitados,

Doctor Alberto Carrasquilla Barrera, Ministro de Hacienda y Crédito Público. Hasta el momento no hay delegación del Ministerio de Hacienda, tampoco se encuentra el señor Ministro de Hacienda.

Doctor Juan Pablo Uribe Restrepo Ministro de Salud y de la Protección Social. Hay una delegación en la doctora Diana Isabel Cárdenas Gamboa, Viceministra de Protección Social quien se encuentra presente y es permitido a los Ministros delegar en los Viceministros la asistencia a las citaciones que haga el Congreso de la República.

Doctora Cristina Arango Olaya, Directora General de ADRES; la doctora Cristina está presente.

Doctor Fabio Aristizábal Ángel, Superintendente Nacional de Salud. El día sábado se produjo el deceso del padre del señor Superintendente Nacional de Salud, ante esa calamidad de tipo familiar no se encuentra presente y hay una delegación en la doctora María Andrea Godoy Casadiego, Jefe de la Oficina Jurídica de la Supersalud, quién se encuentra presente.

Doctor Gustavo Morales Cobo, Presidente de ACEMI, está presente.

Doctora Elisa Carolina Torrenegra, Directora de Gestarsalud, presente.

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

Doctora Olga Lucía Zuluaga, Directora Ejecutiva de ACESI, presente; ¿la doctora Olga Lucía? acá está.

Doctor Fernando Carrillo Flórez, Procurador General de la Nación; hay una delegación en el doctor Gelman Rodríguez, Procurador Delegado para la Salud y la Protección Social y el Trabajo Decente. El doctor Gelman va a llegar dentro de unos minutos, está confirmado que va a asistir a la Sesión.

Doctor Carlos Alfonso Negret Mosquera, Defensor del Pueblo; hay delegación en la doctora Carmen Eugenia Dávila Guerrero, Defensora Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social, que se encuentra presente.

Doctor Carlos Felipe Córdoba, Contralor General de la República; hay delegación en el doctor Julio César Cárdenas Uribe, Contralor Delegado para el Sector Social.

Por las Asociaciones de Pacientes; en el día de hoy solamente registramos la asistencia al doctor Néstor Álvarez, en representación de los Pacientes de Alto Costo, el doctor Néstor; no hay más delegado de pacientes, la Secretaria le cursó invitación a las distintas representaciones que están registradas ante la Comisión, en calidad de voceros de los pacientes.

Doctor José Vicente Villamil, en representación de la Veeduría Nacional en Salud, está presente.

Doctor Fabio Espitia Garzón, Fiscal General de la Nación; se cursó la invitación al señor Fiscal desde el día jueves de la semana pasada y hasta el momento no hay delegación del señor Fiscal, ni hay presencia del Fiscal.

Doctor Jaime González Montaña, Presidente de Coosalud, asiste la doctora Paola Gutiérrez de Piñeres como Representante Legal Suplente, así como en la Sesión pasada.

Doctor Carlos Fajardo, Gerente de Emssanar; ¿doctor Fajardo?, acá está.

Doctor Gustavo Adolfo Aguilar, Presidente de Asmet Salud, presente.

Doctor Juan Pablo Silva Roa, Presidente de Salud Vida, presente.

Doctor Daniel de Castro Shapman, Representante Legal de Cajacopi,

Y el doctor José Joaquín Cortés; ¿doctor Cortés? Presente; tiene la vocería el doctor José Joaquín Cortés.

Doctor Alex Fernando Martínez, Presidente Medimás, Régimen Subsidiado, presente.

Doctor Galo Viana, Gerente Mutual Ser, ¿doctor Galo? Presente.

Doctor Javier Cárdenas, Gerente de Comparta, presente.

Doctor Luis Ernesto Baloyes, Gerente de Barrios Unidos, no están presentes; es la única EPS del Régimen Subsidiado citada para hoy, que no envió respuestas, hicimos cinco (05) requerimientos y no enviaron respuestas, ni hay presencia y así queda en el Acta.

Doctora Carolina Pinzón, Gerente de Capital Salud, presente.

Doctor Raúl Consuegra, Director Administrativo y Financiero de Anas Wayuu, presente.

Ese es el listado de citados e invitados señor Presidente, en la medida en que se hagan presentes algunos de los citados e invitados que no estaban presentes al momento del llamado a lista, haremos el registro, como estaremos haciendo el registro de asistencia de Honorables Senadores y Representantes que acudan en el curso de la Sesión.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Muchas gracias señor Secretario. Bueno, le damos inicio a la sesión, primero que todo es darle las gracias a todos los invitados, a los Honorables Representantes nuevamente y Senadores. Hace una semana estuvimos en este mismo Recinto, realizando el mismo debate en Control Político, pero a las EPS del Régimen Contributivo, donde sacamos conclusiones que son realmente importantes para el Sector, en donde se le dio la oportunidad para que cada uno de estos Representantes Legales expusieran ante los estamentos del Gobierno, del Ministerio, de la Superintendencia y ante la Directora del ADRES, algunas inquietudes que fueron siendo subsanadas, estoy seguro que esta reunión, este Debate de Control político va a ser también muy productivo; yo creo que va a poder darle luces a los colombianos que tienen la percepción errónea, espero, que las EPS del Régimen Subsidiado no prestan un buen servicio y que es el motivo de las quejas más grandes ante Superintendencia y el uso digamos, yo lo diría exagerado, de las tutelas para poder obtener, no solo los medicamentos, no solo las atenciones, sino también algunas de las tecnologías en salud que son necesarias, para ellos como pacientes.

Así que, en la dinámica de hoy, creo que iniciamos con los Directores de gremios que la vez pasada no le dimos ninguna... no por falta de tiempo... no tuvieron el uso de la palabra; luego por diez (10) minutos, cada uno le daremos la palabra a los Directores y Representantes Legales de las EPS, luego las intervenciones de los compañeros Congresistas, Representantes y Senadores y por último a los miembros de la Mesa, donde se encuentran delegados del Ministerio, de la Superintendencia, a la Directora del ADRES, Contraloría y Procuraduría; así que iniciamos esta Sesión, que estoy seguro que va a ser muy productiva para el país y vamos a poder aclarar muchísimas dudas de parte y parte. Presidenta...

**Presidente Comisión Séptima Cámara,
Honorable Representante Norma Hurtado
Sánchez:**

Un pequeño saludo. Bueno, muy buenos días, muchísimas gracias al señor Presidente de la Comisión Séptima, por acoger esta iniciativa de la Séptima de Representantes de unirnos a este debate. Quiero contarles que la Séptima de Cámara ha venido trabajando de manera decidida en el tema de la prestación del servicio de salud, pero igualmente en la evaluación del Sistema del Servicio de Salud ha sido un trabajo responsable, ha sido un trabajo serio y hoy nos unimos a este Debate con ese propósito, de que los colombianos escuchen de primera voz la situación que se presenta en las diferentes entidades, finalmente es el usuario el que se queja, el que entutela y el que merece todo nuestro acompañamiento, todo nuestro respeto, pero especialmente toda nuestra gestión; aquí vamos a estar haciendo óptimo el tiempo, para poder que

todos los asistentes puedan intervenir; así que, señor Presidente, que muchas gracias por acoger a la Comisión Séptima de Cámara en su iniciativa, nos unimos a ella en trabajo, para trabajar en beneficio de los colombianos.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Muchísimas gracias, señora Presidenta. Bueno, iniciamos con la Directora de Gestarsalud, la doctora Elisa Carolina Torrenegra. Bienvenida doctora Elisa a este Debate de Control Político de Comisiones Conjuntas de Senado y Cámara.

**Directora de Gestar Salud, doctora Elisa
Carolina Torrenegra:**

Señor Presidente Fabián Castillo, gracias por esta, esta convocatoria, siempre la Comisión Séptima ha estado muy pendiente de los ajustes necesarios para el Régimen Subsidiado, por lo cual agradecemos esta convocatoria. Doctora Norma Hurtado, Presidente de Comisión Séptima, Viceministra doctora Diana, doctora Carmen Eugenia, doctora María Andrea, doctora Adriana y todos los presidentes de nuestras organizaciones.

Definitivamente la... el Régimen Subsidiado siempre ha estado en su operación mediado por ajustes y ajustes a la operación y yo creo que en pantalla están... espérate un momentico... todavía no están los cinco (5) problemas que siempre han estado en el Subsidiado. La base de datos cuando teníamos que consensuar 1800, perdón 1100 bases de datos de todos los municipios que una vez se centralizó en ADRES, de verdad que nos favoreció muchísimo y se gira de manera directa, que va con el tema de recursos, pero aquí señores Presidentes de Comisión y Gobierno, aquí en la base de datos de municipios y hoy administrada por el ADRES, hoy tenemos los temas de restituciones que nosotros pedimos por nuestra incapacidad de cruzar masivamente los datos, que nos descuenten lo que se tenga que descontar en el momento en que nos pagan los recursos, en flujo de recursos estamos muy tranquilos con el tema del Giro Directo que hace el ADRES y se viene en una proporción adecuada para el subsidio en un 75%, la baja capacidad resolutive de la red no está bien, todavía continúa de esa manera y necesitamos una... una política de fortalecimiento de la Red Hospitalaria Pública, no solamente en tecnología y con temas de habilitación, sino también en un talento humano suficiente.

En tema de gestión de No POS nos preocupa muchas cosas todavía, pero bueno, vamos a estar pasando, por favor, vamos a estar aportando datos a lo que ustedes necesitan para poder hacer de un ajuste normativo que se necesite lo mejor posible, perdón, la anterior, aquí en esto, en esta secuencia normativa que ustedes como Comisión Séptima han liderado en toda la historia, hoy nos estamos enfrentando al Acuerdo de Punto Final, ahí al Régimen Subsidiado le preocupa algo; nos han dicho y eso le celebramos a al Ministerio, tanto de salud, como de Hacienda,

ya por fin la coincidencia en la obligatoriedad que tienen los Entes Territoriales de pagar pero, también en la complementariedad necesaria que tienen que hacer los del Ministerio, el Gobierno nacional, ahí nos preocupa algo, nos han dicho que el dinero que va a poner el Ministerio de Hacienda para compensar o para completar esos dineros, lo van a girar a los departamentos; señora Viceministra, creo que también está Hacienda aquí, queremos que eso lo administre la ADRES, no es posible que se gire nuevamente recursos a los departamentos y que allá se puedan perder; ahora sí sigamos, el señor Presidente de Comisión le vi recientemente una entrevista con Yamid Amat, lo que pretendo a partir de ahora es darle elementos para que la organización de la política, de las propuestas tuyas, tengan adecuada y completa data y con lo cual nos podemos poner a la orden.

Tenemos aquí una muestra, una muestra de unas EPS que reúnen cerca de 8 millones, quinientos mil afiliados, los datos que voy a presentar son con corte diciembre del 2008; esas EPS que están en pantalla creo que tienen... 2018 perdón, esas EPS que están en pantalla con 8 millones cuatrocientos mil afiliados, tuvieron una extensión de uso del 85% de los usuarios o sea tenemos en datos demostrado, que hoy tiene el Ministerio más de 7 millones de usuarios de esas EPS, debidamente atendidos, en ese año. En lo que te está en pantalla vemos, las modalidades de contratación; ahí es importante tener en cuenta y el señor, el Presidente, decía que se va a cambiar la manera o se quiere cambiar la manera de pagar la UPC, hacia un Sistema por incentivos; nos parece ideal porque el Sistema está dando los incentivos donde no son... los... cuándo se contrata cápita con los prestadores, no se tiene la intención de buscar más usuarios, al contrario, sin más me rinde la cápita pues ahí es mejor y entonces los prestadores no buscan a los usuarios para poder hacer una adecuada... y en el tema de eventos obviamente eso, mire los costos, se está reventando un poco más el costo que en todas las niveles de contratación, ahí es importante mirar que el incentivo en el evento en los prestadores que se contraten por evento, es a facturar y facturar más cosas que no va en el sentido de resultados en salud ni siquiera, sino en tener una mayor facturación.

En el tema que tiene que ver con el ámbito; en el 2018 se atendieron el 52% de los servicios, ascendió por el nivel ambulatorio, el ámbito hospitalario ambulatorio, perdón, el 39% en el ámbito hospitalario y el 6% en el ámbito de urgencias, ojo con eso, aquí estamos teniendo una dificultad; en la entrevista usted decía que nos andre... por favor, pasa... que eso era porque no se hacían atenciones de promoción y prevención, yo digo, nos preocupa mucho eso, porque que nosotros contratamos el 95% de los servicios de promoción y prevención se contratan con la red hospitalaria pública y aquí tenemos en esta relación a corte diciembre 2008... 2018 atenciones que en estas actividades que son individuales de promoción y prevención hay cerca

de 3 millones quinientos mil usuarios de pacientes de esos afiliados, que son 8 millones o sea con una extensión de uso impresionante, con una facturación de parte de los prestadores de los valores que están en frente. Sigamos, por favor, y en actividades educación que también contratamos y pagamos, bueno, ahí los pagos depende del flujo de recursos, son los gerentes... lo dirán ahora, pero se contratan con la Red Hospitalaria Pública, educación en salud tanto enfermera, odontología, médico, médico especialista y está el detalle lo tenemos disponible, para que ustedes puedan digamos, alimentar sus discusiones o sea yo creería, que allí el tema es la modalidad de prestación.

Presidente; si yo me espero en una IPS Pública que vengan mis afiliados y mi gente está lejos, está distante y no... no tienen una modalidad de prestación extra hospitalaria, primero que todo, me puedo quedar rezagada en la acción y si estoy contratando por evento, tampoco en un momento dado puedo soportar esas acciones, entonces hay que cambiar también la modalidad de prestación de los prestadores públicos o permitir como nosotros tenemos muchos en muchas regiones prestaciones domiciliarias en terreno, pero que todavía son muy débiles porque obviamente duplicar con la contratación que se hace por servicio; aquí está el detalle pero eso no viene al caso; sigamos, por favor, esto es en las consultas, en las diez (10) primeras consultas estamos viendo que lo que más nuestros afiliados consultan, son las consultas de medicina general especializada, tanto de primera vez como de control, ¿qué es lo que está pasando con los especialistas?, no los tenemos en toda la región, esa no es excusa, porque aquí tenemos los servicios que se prestan, se garantizaron precisamente en el año, tanto en número de pacientes, como en valores consolidados de una muestra y realmente vemos que está la data del número de atenciones y pero hacen falta prestadores de servicio sobre todas las especialidades en todas las zonas del país.

Nos preocupa mucho en lo que tiene que ver con procedimientos, en la gran incidencia de lo que son hemodiálisis y lo que son diálisis peritoneal, es lo que más nos está costando allí y ojo con las Precursoras, doctor Fabián, usted sabe, usted es médico, ahí tendríamos que controlar Hipertensión, todo lo que es... diabetes, obesidad y usted sabe que eso es más estilo de vida saludable, que no necesariamente es POS; ahí necesitamos acciones complementarias con otras, con otros sectores, para que eso nos ayude a dar resultados en salud; ahí no es solamente el tema POS; en lo que tiene que ver estos, son unos, no son datos totales, estos son de una muestra y que picamos algunos... algunos procedimientos, pero tenemos la data completa: en cáncer, miren la data que tenemos en esas ocho (8) EPS no más, casi 4 mil quinientos casos de cáncer de mama, Leucemia Linfoblástica, casi también 4 mil y tumor maligno de próstata; ahí tenemos grandes costos invertidos allí y en eso también pacientes que en un momento dado están atendándose, que tienen que desplazarse

por que no necesariamente se tiene un Sistema de Telemedicina digamos, de manera suficiente para poder garantizar la atención en todas las zonas.

En cuanto al valor de los medicamentos, aquí está soportado en lo que más... en un momento dado se garantizan los servicios y lo más importante es que en enfermedades huérfanas... nosotros estamos teniendo una gran preocupación, Presidente y doctora Diana, allí en lo que tiene que ver con enfermedades huérfanas, como debe ser nosotros hicimos la indagación, la identificación de pacientes con la guía del Ministerio de enfermedades huérfanas, donde tenemos data de costos de por ejemplo, caso de Mucopolisacaridosis y los casos de Hemoglobina Paroxística Nocturna y el Síndrome, de que no el Síndrome de no sé qué cosa urinaria que se trata con solares, en donde, señor Presidente, cuesta 70 millones de dólares cada tres (03) meses y cuando sale la reglamentación del Ministerio para garantía de pago, por parte del Fosyga solamente sale para pagarle al Régimen Contributivo, eso no puede ser, eso es Inequidad Normativa. Entonces nosotros ahí pedimos que con el Régimen Subsidiado no solamente se mejore lo que tiene que ver con la capacidad de la red en todo sentido en talento humano, en distribución de especialistas, en capacidad resolutoria y todo lo demás, pero también que cuando se vaya a pagar lo que tenga que ver con patologías de nuestros afiliados, se haga de la misma manera que se hace para el Contributivo, para tener igual garantía de pago. Los entes territoriales no pueden garantizar estos pagos tan grandes, que obviamente están poniendo en crisis el Sistema.

Y lo último es que también la Ley de Punto Final, que sea tan bien administrada de manera centralizada en todos los aspectos del contributivo y del subsidiado, incluso para efecto de poder garantizar que el complemento que hoy primera vez y en eso le celebro Presidente al Gobierno nacional, tanto al Ministerio de Hacienda, como de Salud su voluntad y su claridad de garantizar el Punto Final. Pero estamos expectantes en que realmente se complemente y que cuando llegue la cuantificación específica del subsidiado, podamos hacerlo como se está planteando para el Contributivo y es que se gire de manera directa a los prestadores desde el ADRES, desde el nivel nacional, para no tener que volver a dispersarnos en 37 entidades, muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias a la doctora Elisa Carolina Torres Neira, estamos y todos los que estamos aquí colegas, Representantes y Senadores, estamos convencidos que también serán objeto de un Control Político, las ESES Públicas, porque si bien es cierto que manejan recursos para promoción y prevención, no lo están haciendo eficientemente y como en todos nuestros sistemas hay algunas que son muy eficientes, pero hay otras que no lo son tanto y hay unos focos de corrupción que tenemos que exponer ante la opinión pública, para que los Entes de

Control tomen los correctivos adecuados, porque con lo que se está jugando es con la salud de los colombianos y es bien cierto que se contratan estos recursos prácticamente a final de año y usualmente no se ejecutan esos programas, entonces termina siendo plata de bolsillo de los directores de esas ESES, lo tenemos claro y también los pasaremos al tablero y desnudaremos esas falencias de nuestro Sistema. Tiene la palabra la Directora de ACESI, la doctora Olga Lucía Zuluaga, se prepara el Director de ACEMI.

Directora Ejecutiva ACESI, doctora Olga Lucía Zuluaga:

Bueno, muy buenos días a todos, un saludo muy cordial al Presidente del Senado Fabián Castillo, a todos los de la Comisión Séptima, a todos los de la Mesa Principal y a los asistentes; agradezco mucho la convocatoria que nos han hecho y pues la presentación que tengo, es una presentación corta en donde inicio con la cartera que hoy en día tenemos a 30 de junio de acuerdo al 2193, en donde ya llegamos a 9.2 billones de pesos a nivel nacional, solamente hablando de IPS públicas de esos 9.2 billones de pesos en el Régimen Subsidiado, ya nos asciende a 4.8 billones de pesos.

Pero más allá de la cartera hay un tema que es preocupante para nosotros y son las cifras de estas entidades: Nueva EPS con 637 mil millones de pesos, teniendo en cuenta que es una de las EPS que tiene mayor número de afiliados y en el ranking cuando miramos cartera y ahora que lo muestra Juan Carlos durante varios años, aparece siempre como una de las mayores deudoras. Nos preocupa mucho por la forma en que él hace los pagos con relación a techos independientes de facturación y en la forma en que se radican cuentas que no coinciden, porque muchas veces la plataforma que maneja la Nueva EPS evita que se radiquen todas las cuentas que tienen los prestadores, por eso nunca nos coincide.

Medimás 429 mil millones de pesos; ustedes saben que Medimás una EPS que lleva relativamente poco en el Sistema y ya tiene una deuda tan grande, si lo comparamos incluso con Cafesalud que es otra de nuestras grandes preocupaciones, porque no hay realmente recursos como nos lo dijo el agente liquidador, prácticamente para soportar los 608 mil millones más la deuda de los prestadores teniendo en cuenta que no tienen propiedades.

Saludcoop, 187 mil millones de pesos que ya saben que hay escasamente el 50% para pago y el tema de Coomeva de 305 mil millones de pesos, ¿qué nos preocupa con todo esto?, que cuando nosotros miramos, obviamente es coherente con los indicadores de permanencia de las EPS; aquí está el informe que acaba de sacar la Superintendencia Nacional de Salud en donde vemos en el caso de las EPS del Régimen Subsidiado, que solamente tres (03) EPS cumplen con los indicadores de permanencia y esto obviamente va ligado al flujo de recursos. Si nosotros miramos las EPS que generaron transformación y eso lo tengo más adelante y es que el

Decreto 2702 nos dijo a nosotros como prestadores, no se preocupen que a partir de la expedición del Decreto 2702 se va a pagar el giro corriente y lo no corriente, es el que se va a empezar apalancar con los diez (10) años de gracia que le dieron a las EPS, teniendo en cuenta a siete (7) años, perdón, teniendo en cuenta que con transformaciones empresariales ya no son siete (7), sino diez (10).

Pero mire que hasta la fecha las tres (03) EPS que tienen transformación empresarial, no están cumpliendo indicadores financieros, ¿eso que implica?, que somos los prestadores los que estamos apalancando el Sistema, ¿eso en que se traduce?, ya para no hablar de plata como tal, miren la situación financiera de los hospitales públicos, cuando hablamos de riesgo fiscal y financiero, estamos hablando de que 295 Empresas Sociales del Estado o sea el 32% están en riesgo fiscal y financiero, si nosotros eso lo asociamos con la obligatoriedad que nos miden es en el recaudo para la evaluación de los hospitales y con la Ley aprobada recientemente, 1966 en donde ya vienen fusiones y liquidaciones de hospitales; si no hay equilibrio financiero pues, ¿cómo vamos a tener un equilibrio, si no podemos y no tenemos cómo recaudar?

Ahora bien, ¿cuáles son en este momento, qué es lo que nos está ocurriendo?, los hospitales que tienen bajo la contratación de evento, que son las mayorías de mediana y alta complejidad, están solo recaudando el 23% de la cartera corriente, entonces si nosotros miramos instituciones públicas de tercer nivel, la mayoría están en problemas financieros ¿Por qué?... porque solamente están recaudando lo... el 23% de lo que facturan y cuando hablamos de cápita que, la ley es clara en decir que 100% anticipado en el mejor de los casos, estamos recaudando entre el 70 y 80 y digo por... en el mejor, porque hay EPS que incluso están girando solo el 50% de lo que corresponde a la cápita.

En ese sentido hay muchas situaciones que generan ese no giro de recursos y hay un tema que pues parte de lo que estamos en este momento, que ojalá tuviéramos esa estabilidad jurídica para los prestadores y ¿por qué una estabilidad jurídica?, porque tenemos la circular 014 de la Superintendencia Nacional de Salud, que nos obliga a prestar los servicios y es entendible con... más como Empresas Sociales del Estado, no le podemos decir a un usuario, no lo atendemos, pero no tenemos la obligatoriedad de pago; entonces nosotros tenemos un número importante de usuarios ingresando por el servicio de urgencias, porque muchas EPS no tienen red, pero esa plata simplemente luego nos dicen esa plata se perdió.

Segundo; en la salida de los municipios y entendemos lo que está haciendo la Superintendencia en este momento, el fin de semana salió incluso, la noticia con el tema de Coomeva que nuevamente sale de otros departamentos, pero ¿qué estamos teniendo? Que de donde sale, quedamos con la deuda; en el caso, digamos hoy, de varios departamentos en donde simplemente se le dio la

autorización de salida, se les hizo un cronograma avalado por la Superintendencia de pago a un año a esos municipios pequeños, dónde salió el año... hace ya dos años, de esa plata no se ha visto nada; entonces son esos hospitales que en este momento de baja complejidad que no tienen presupuesto, sino hasta septiembre-octubre, cuando eso jamás se veían en la baja complejidad, pero ¿por qué?, porque están quedando todos esos recursos atrapados en EPS que siguen viable jurídicamente pero que no hay ese compromiso real de pago, una vez sale.

Por otro lado, el tema de liquidaciones; nos preocupa muchísimo esa inestabilidad que tenemos con las liquidaciones, caso reciente obviamente Cafesalud y obviamente Comfacor, se habla de borrón y cuenta nueva o sea las normas como la Ley 1797 aprobada por ustedes en el 2016, que luego el Ministerio generó la Resolución 6066 del mismo año, decía cómo debían aclararse cuentas y cómo conciliar cuentas, muchas de esas conciliadas ante la Superintendencia en circular 030; ya nada de eso vale, arrancamos de cero (0), tenemos que presentarle todo al liquidador en un mes, cuando tenemos hospitales con 3 mil – 4 mil facturas ¿de dónde van a sacar historias clínicas, facturas originales, si las tienen las EPS, la tiene la EPS? en este caso Cafesalud es imposible, ¿eso a que nos va a llevar?, a lo que ocurrió con Caprecom de \$100, nos reconocieron \$44 y esa plata... el resto simplemente se pierde.

Ahora bien, hay un tema importante también y lo mencionaban ahora, con relación a la contratación; es importante diferenciar uno, la contratación que hacen las Empresas Sociales del Estado del Plan de Intervenciones Colectivas que la hacen con las Entidades Territoriales y como usted bien lo dijo, señor Presidente, esa contratación lastimosamente no es oportuna. Lastimosamente hay departamentos en donde en octubre-noviembre apenas están contratando y como decimos popularmente, la salud pública sale a vacaciones y no hay forma de cumplir a pesar de que nos dan uno- dos meses; en el MAITE espero y en, perdón, en el Programa de Hay Hospital Contigo, que ya nos mostró el Ministerio, esperamos que eso entre a solucionarse, si no hay una contratación del Plan de Intervenciones Colectivas en el primer trimestre, difícilmente se van a tener impacto y por el otro lado está la contratación que hacen las EPS y ahí es donde también tenemos problema, porque una cosa es decir contratamos y otra cosa es decir qué contratamos.

Hoy en día, en la mayor parte del país no tenemos contrato para las actividades de la 4505, parte de promoción y mantenimiento ¿por qué? porque salió la ruta la Resolución 3280, la ruta de promoción y mantenimiento en donde claramente el mismo Ministerio ya dijo y nos mostró y de acuerdo a los análisis son 40% más actividades, de las que hoy se venían haciendo y muy bueno para el usuario, pero ¿cómo pretende la EPS que contratemos con la misma plata que veníamos el año pasado y el 40% más de actividades?; entonces en ese orden

de ideas muchas no tienen los contratos listos y por otro lado la otra es el tema de contratación integral, porque cuando se hace contrataciones simplemente parciales, pues ahí es donde también es importante que la Superintendencia mida el porcentaje de contratación con la Red Pública.

Y finalmente para un tema que se habló en la jornada pasada que fue, que debemos empezar a migrar hacia nuevas modalidades de contratación; nosotros como Red estamos de acuerdo, siempre y cuando esas nuevas modalidades de contratación no se conviertan en una barrera de acceso para el usuario. Hoy en día ¿qué está pasando con los PGP? no son contratos reales con frecuencias de uso en su mayoría, son “cápitás” entre comillas disfrazadas, en donde hoy en día, ustedes revisan las autorizaciones que emite la EPS y las EPS ya no tienen problemas con autorizaciones en su gran parte, pero vaya usted a la IPS que le asignaron, si logra conseguir la cita o la cirugía, porque como están por PGP y los contratos no han sido organizados realmente, simplemente no hay oportunidad; muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias a la doctora Olga Lucía, tiene la palabra el Director de ACEMI, el doctor Gustavo Morales. Señor Secretario tomando en cuenta que ya están presentes la gran mayoría de Senadores y de Representantes, sírvase someter a votación el Orden del Día para aprobar.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Diez (10) Senadores de la Comisión Séptima, hay Quórum Decisorio en la Comisión Séptima señor Presidente; ¿en la Séptima de Cámara?

Secretario (e) Comisión Séptima Cámara de Representantes, doctor Emiro Enríquez Gonzáles Martínez:

Se encuentran presentes catorce (14) Honorables Representantes de la Comisión Séptima, por lo tanto, tenemos Quórum Decisorio, señor Presidente.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

No hay observaciones al Orden del Día en Senado; se aprueba el Orden del Día en la Comisión Séptima del Senado señor Presidente, por el número de Senadores presentes.

Secretario (e) Comisión Séptima Cámara de Representantes, doctor Emiro Enríquez Gonzáles Martínez:

¿Hay observaciones por parte de la Comisión Séptima de Cámara?; no, entonces se aprueba el Orden del Día por parte de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias señor Secretario; doctor tiene usted el uso de la palabra, bienvenido a estas Comisiones Conjuntas.

Director de ACEMI, doctor Gustavo Morales Cobo:

Muchísimas gracias, señor Presidente, un saludo muy cordial a usted, a la señora Presidenta de la Comisión Séptima de la Cámara, a todos los altos funcionarios que lo acompañan en la Mesa, a los miembros de las dos (02) Comisiones Conjuntas y a todos mis colegas y amigos que participan en la Audiencia. Quiero señor Presidente decir varias cosas de inicio: una, felicitar a la Comisión Séptima por esta iniciativa o a las Comisiones Séptimas. Yo no pude estar por razones que quedaron consignadas en una excusa en la Sesión pasada, pero tengo noticia no solo de la altura, del sentido de apertura y democrático con el que se dio en la primera Sesión, sino de las repercusiones que esos debates ya empiezan a tener en las discusiones, al interior de las empresas, al interior de las organizaciones; entonces creo que es muy oportuno y con seguridad, después de un ejercicio como éste las políticas públicas que ustedes diseñen, van a hacer mucho mejores; de modo que un agradecimiento por la oportunidad de ser escuchados y una felicitación por ese buen sentido de la oportunidad.

En segundo lugar, señor Presidente, sí me lo permite y con su venia, yo tenía preparado aquí treinta (30) diapositivas con bastante información, pero después de escuchar a mis colegas que me antecedieron en el uso de la palabra y entendiéndolo como entiendo, que hoy nos vamos a concentrar en mirar con lupa los problemas del Régimen Subsidiado, habiendo sido el tema de la sesión anterior el Régimen Contributivo, yo repito con su venia, me permito dejar de lado estas diapositivas, quedan a consulta de todos los participantes por conducto de la Secretaría, en ACEMI también quedan para consulta de todos y más bien compartir con ustedes muy brevemente unas reflexiones de tipo general, que aluden muy específicamente a la labor de ustedes como los legisladores de la salud, como sé que ustedes juegan un papel muy importante en el Sistema de Salud, quizás el más importante, pero uno muy específico que... que es el de legislar para la salud, mis comentarios están orientados en ese nivel y por supuesto todo lo que aquí se ha dicho, alimenta y es insumo para esa labor legislativa, pero no quisiera entrar en ese detalle técnico que creo que queda bien consignado en las diapositivas.

Entonces mirando lo legislativo quiero decir varias cosas señor Presidente; uno, también creo que esta ventana de oportunidad hay que aprovecharla para felicitar ya no solo a las Comisiones Séptimas, aunque por supuesto también, sino a todo el Congreso, por la labor legislativa que han hecho este año en materia de salud; ya estamos entrando a octubre y si uno mira hacia atrás, además de los debates de control político y este es apenas el último ejemplo, ustedes hicieron en tres (3) momentos distintos del año, tres (3) aportes muy importantes y muy positivos al fortalecimiento del Sistema de Salud: uno y me disculpa que yo no me sé los números de las leyes, pero ustedes sabrán a cuáles me refiero, en enero se

volvió ley de la República, gracias a la labor que ustedes hicieron en la legislatura pasada, la ley que fortaleció la Superintendencia Nacional de Salud, esa ley sin duda y aquí hablo con algún conocimiento de causa porque entre el 2012 y el 2014 estuve al frente de esa entidad, le suple a la Superintendencia unos vacíos que tenía muy importantes, especialmente en materia sancionatoria; de modo que ese fue un gran aporte.

Un segundo aporte muy importante casi que yo diría que revolucionario, es el que hizo el Congreso de la República con el capítulo de salud, del Plan Nacional de Desarrollo; allí realmente se abordó de una manera muy inteligente los problemas, porque en lugar de tener como una especie de visión ideológica totalizante en la que se quisiera reformar lo divino y lo humano, creo que el Congreso se hizo las preguntas: ¿cuáles son los problemas puntuales que afectan al Sistema de Salud?, hagamos normas para solucionarlos y hay, qué sé yo, 20 o 25 normas en ese capítulo, todas las cuales están pensadas para solucionar un buen problema... un problema específico perdón, uno puede estar de acuerdo o en desacuerdo con alguna de las soluciones allí consignadas, yo personalmente estoy de acuerdo con casi todas, pero ese no es el punto, el punto es que esa técnica legislativa de preguntarse por el problema y discutir y consensuar una solución, es realmente el camino y ojalá el Congreso y creo que en ese espíritu están, continúe por este camino.

Sobre las reformas del Plan de Desarrollo señor Presidente, me referiré en seguida con un poquito más de detalle, pero quería simplemente consignarlo a título general, porque para terminar este inventario de lo que ustedes han hecho en el año, también me quiero referir a la Ley que más recientemente se aprobó; esa sí me aprendí el número que es la Ley 1966 que fortaleció los Sistemas de Transparencia y de Información dentro del Sistema de Salud, yo creo que allí el Gobierno nacional, señora Viceministra, tiene un instrumento poderosísimo para ayudarnos a todos los actores del Sistema a que nuestra actividad, nuestras bases de datos, nuestra contratación sea más transparente y la transparencia va ayudar mucho, no solo a la corrupción que eso es cierto, pero es más o menos conocido por todos, sino también a la reducción de costos, porque vamos a poder comparar más y mirar más cosas. De modo que, y seguramente se me quedan algunas cosas en el tintero, pero ese inventario ya hace que este año 2019 sea un año histórico en el tema de la legislación en salud.

Me detengo de todas maneras en las siguientes, ya reflexiones puntuales sobre esa legislación, en el Plan de Desarrollo hay muchas cosas, hay temas de calidad, hay temas de funciones nuevas de la Superintendencia, hay temas de contribuciones parciales para quienes no pueden hacer contribuciones totales, en fin, el inventario es infinito, pero quiero hablar específicamente de lo financiero que ha sido una preocupación puntual de estos debates; si uno mira el Plan de Desarrollo en

su conjunto, uno lo que ve es que allí se abordaron o se introdujeron mecanismos para solucionar los problemas del viejo pasado, de las deudas del No POS que vienen desde hace años acumuladas; un segundo paquete de mecanismos para abordar los problemas del presente, de lo que en la jerga se llama el corriente y a mi juicio lo más importante, si cabe aquí jerarquías de importancia, un mecanismo para solucionar el futuro o para que estos problemas del pasado, no se repitan en el futuro.

Sobre los primeros dos puntos, es decir sobre el pasado y el presente, solo diré que el del presente ya empezó a funcionar y está funcionando razonablemente bien, es la figura que se llama: los Acuerdos de Pago; allí el ADRES ha hecho una tarea muy juiciosa y muy diligente y pues eso mes a mes se está girando un dinero para cubrir el corriente, por supuesto... digamos hay discusiones sobre la cuantía y demás, pero eso va a funcionar. En cuanto al pasado, que es el famoso Acuerdo de Punto Final, pues está pendiente, la señora Viceministra seguramente lo puedo explicar mejor que yo, unas aprobaciones finales del CONPES, unas reglamentaciones, pero ahí lo importante es que el Congreso dotó al Gobierno de un mecanismo que es quizás lo que permite creer que esta vez el mecanismo si va a funcionar mejor, que ejercicios más o menos parecidos que se habían hecho en el pasado ¿y cuál es ese eslabón que quizás nos permite ver con más optimismo esta figura?, ese eslabón es la posibilidad de que estos dineros se asuman con mecanismos de deuda pública, de tal manera que no quedamos dependientes, sujetos a las veleidades de la disponibilidad presupuestal de cada año o del año, para poder asumir eso... esa deuda que entre otras, quizás debí haberlo dicho al principio, es una deuda que es del Estado, porque la deuda del No POS.

A veces en el maremágnum de discusiones y de cifras y de gráficas y de reclamos, se nos olvida que el POS es una responsabilidad explícitamente de las EPS, porque así lo manda la Ley desde el 1993, pero la verdad es que él No POS nunca estuvo del todo claro de quién era, pero claramente no era de las EPS, porque si la EPS, paga el No POS con la única plata que tiene derecho a recibir, que es la de la UPC pues está incurriendo señor Contralor en desviación de recursos; entonces siempre se supo que era el Estado... qué bueno que el Estado diga: esta deuda es mía, yo me voy a endeudar para asumirla y eso es el, digamos el secreto teórico del éxito de la Ley de Punto Final.

Pero me quiero detener, señor Presidente, en el futuro, que es la famosa figura de los techos y eso se relaciona mucho con lo que acabo de decir, porque por primera vez en la historia, mejor dicho, voy a ponerlo de otra forma; esta figura de los techos es un cambio de paradigma en el Sistema de Salud colombiano, entendiendo por paradigma el gran contexto general, porque por primera vez se está diciendo que la gestión de los servicios y procedimientos y tecnologías por fuera el Plan de Beneficios, lo que antiguamente se llamaba el No

POS es responsabilidad de la EPS, no conozco en la revisión histórica que he hecho ninguna otra norma de rango legal, que haga esa determinación de responsabilidad tan claramente, ¿qué si eso es bueno o malo? está por verse, pero es una novedad y es una novedad importante y ustedes así lo decidieron cuando discutieron el Plan de Desarrollo y ¿qué dice a renglón seguido la ley?

Señora EPS, a partir de ahora esto también va a ser su responsabilidad como lo ha sido todos estos años el POS, pero para este segundo paquete de necesidades de salud de los pacientes colombianos, usted no se va a financiar a través de una prima, como lo ha hecho con el POS, sino a través de una transferencia que le vamos a hacer del presupuesto, un presupuesto máximo o como lo llama la ley, un techo. Es un nuevo juego, estamos pasando del jugar ajedrez a jugar parqués o a la inversa ¿bueno o malo?, no sé, pero es un nuevo escenario y por eso es muy importante que en la reglamentación que es desde el principio algunas cosas claras y eso es casi que un pedido, señora Viceministra para que usted que está liderando este tema el interior del Gobierno, lo tenga muy en cuenta; ¿cuál es el pedido que uno, que quede muy claro a título de que es esa transferencia?, porque llevamos 25 años con el POS y a pesar de la claridad meridiana de la Ley 100 al respecto, discutiendo si la UPC es una prima o no es una prima, si es un ingreso de la EPS o si la EPS es un mero Administrador de un recurso que es del Estado y en esa ambivalencia nos hemos pasado la vida; que es una ambivalencia absolutamente innecesaria porque la Ley 100 es clarísima.

La Ley 100 dijo muy claramente que las EPS... que la UPC iba a ser un ingreso de las EPS y que con ese ingreso tenían que cumplir una tarea que era la de gestionar el riesgo en salud de sus afiliados; sin embargo los jueces, los organismos de control, reglamentaciones posteriores, crearon un caos donde no lo había, el llamado sería que qué bueno que ahora que estamos entrando a este nuevo mundo de los techos, ese caos se evite con una buena reglamentación.

Y el primer punto de esa nueva reglamentación es a título de que es esa transferencia ¿serán las EPS unas especies de fiduciarias de un recurso que seguirá siendo del Estado? posibilidad número uno: se les transfiere como ingreso y en consecuencia se les da el tratamiento de una prima de seguros y de un aseguramiento, con lo cual nos estamos diciendo que pueden hacer lo que quieran, no, lo que estamos diciendo es que se someten a las reglas de una aseguradora ¿a título de qué?... eso es muy importante.

Y lo segundo, en esta figura de techos que a mí en lo personal me parece que es un acierto del Congreso haberla introducido en el Plan de Desarrollo, hay que tener, digamos la consideración de que si se le va a pedir a las EPS, que con ese presupuesto máximo, con ese techo, funjan como verdaderas aseguradoras, lo cual suena razonable; entonces hay que dotarlas de los instrumentos de una

aseguradora, por ejemplo, que le permitan controlar las variables que hoy en día no controlan, ejemplo, la prescripción no para negar servicios, no para recortar arbitrariamente, sino para racionalizar, hacer gestión del riesgo, poder hacer negociaciones centralizadas, etcétera, etcétera. Hoy en día no lo pueden hacer y ¿por qué no lo pueden hacer?, porque esos recursos no son ingresos de ellas... ese tipo de cosas, ese es el desafío que el Congreso le planteó al Gobierno y al Sistema de Salud en la reglamentación de techos, pero termino esta parte, señor Presidente diciendo, que me parece que allí hicieron una gran labor y nos quedan desafíos importantes.

Dije al principio también y aquí me quiero referir con nombre propio al Senador **Álvaro Uribe**, porque sé que él fue el que lideró esta ley, que la Ley 1966 será un gran aporte a la transparencia y a la claridad en la información en el Sistema de Salud y estoy convencido de eso, Senador Uribe, diría simplemente pues sobre esa ley podemos decir muchas cosas casi todas positivas, pero llamaría la atención de las Comisiones sobre un puntico muy específico para que lo miren simplemente y es una pequeña duda de interpretación que ha surgido entre esa ley y el Plan de Desarrollo, no el Plan de Desarrollo, si, el Plan de Desarrollo, perdón, en el Plan de Desarrollo se le dotó al Superintendente de Salud con una facultad muy importante que...

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Le quedan dos (2) minutos...

Director de ACEMI, doctor Gustavo Morales Cobo:

Perfecto, muchas gracias, en esa ley, en el Plan de Desarrollo se dotó al Superintendente de salud de una facultad muy importante que es la posibilidad de revisar y eventualmente vetar el ingreso de capitales, de nuevos capitales a las EPS, lo cual está muy bien, es una buena forma de revisar el origen y la idoneidad de los nuevos actores del Sistema de Salud, de los nuevos inversionistas. Pero en la Ley 1966 se dijo que los asuntos societarios del sector salud, ya no iban a estar en cabeza de la Superintendencia de Salud, sino en cabeza de la Superintendencia de Sociedades, lo cual también está bien, pero entonces la duda es ¿esta función tan relevante que se le dio a la Superintendencia de Salud, ahora en cabeza de quién va a quedar? Senador Uribe para que lo miremos en equipo, porque ahí quedó como una, mejor dicho, hay un espacio para debate.

Y termino diciendo con estas reflexiones, Representante Norma Hurtado, que usted y yo lo hemos conversado ya varias veces, con este esfuerzo tan valioso que ha hecho el Congreso, quizá ha llegado el momento de reducir el volumen y la cascada legislativa general y más bien concentrarnos en la implementación y la puesta en marcha de todas estas importantes decisiones; eso no quiere decir que no haya que legislar en salud, por supuesto ¿cómo no?, siempre habrá problemas que resolver y siempre habrá problemas que es el legislador

el llamado a resolverlos, pero yo invito a que esa labor se haga con esa visión de lupa de rayo láser de solucionar los problemas puntuales, específicos y no hacer grandes teorizaciones generales que tiren por la borda casi 30 años de un éxito social, como sin duda y quedó comprobado en la sesión pasada, ha sido el tema de nuestro Sistema de Salud.

Y en ese orden de ideas, Representante Hurtado, con esa visión de solución a problemas específicos, nos parece muy interesante una idea de un Proyecto que se ha ventilado por ahí y que creo que usted ha liderado, que es el de considerar la posibilidad de crear una Jurisdicción Especial para los temas de salud; ese es el tipo de respuesta legislativas que... y podemos estar de acuerdo o en desacuerdo con ellas, pero tienen la virtud de que por lo menos están tratando de resolver un problema específico. Señor Presidente, muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias, mi querido doctor. Le damos la bienvenida al Ministro de Hacienda, Ministro bienvenido a estas Comisiones Conjuntas de la Comisión Séptima de Senado y Cámara; estamos ya en la segunda jornada, escuchando a las empresas prestadoras de salud y haciendo un análisis real de nuestro sector, bienvenido Ministro. Le damos la palabra a la Asociación de Hospitales y Clínicas, al doctor Juan Carlos Giraldo.

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

Bueno señor Presidente, muy buenos días, señora Presidenta de la Comisión Séptima de Cámara, doctor Castillo, a la Comisión Séptima de Senado, a todos los parlamentarios de las Comisiones Séptimas que sesionan conjuntamente el día de hoy, a todos los integrantes de la Mesa Directiva, al señor Ministro de Hacienda, doctor Carrasquilla, a la señora Viceministra de Salud de Protección Social, a la doctora Diana Cárdenas y a todos los funcionarios que están presentes en la Mesa.

Yo arrancaré con diez (10) segundos para recordar dos noticias muy positivas de la semana pasada; una, este país fue certificado por la OMS por los esfuerzos que ha tenido para controlar o erradicar rubéola y sarampión, ese es un trabajo colectivo, muchos años de este sector, desde los hospitales públicos, las entidades territoriales, el Instituto Nacional de Salud, por supuesto el Ministerio de Salud; creo que esa es una noticia positiva. Segundo en el ranking de América Economía que cada año mide cuáles son los mejores hospitales de Latinoamérica, dentro de esos 58 hospitales, 24 hospitales son colombianos; es el país que más aporta y dentro de ellos hay hospitales públicos, creo que son noticias que ahora que nos encontramos reunidos por otros motivos vale la pena recordar, para tratar de elevar un poco la moral colectiva.

Pero de todas maneras el señor Presidente de la Comisión Séptima de Senado nos hace unas preguntas y nos pide unas tareas con respecto al tema de la evaluación, que nosotros hacemos con respecto al flujo de recursos del Sistema de Salud en los últimos años. Yo les quiero presentar a ustedes, no sé si ésta está funcionando, no se mueve, entonces pásemela por favor, no sé si está el control ahí, pasemos, por favor, la siguiente. Y esta es una fotografía que quiero que ustedes se queden con ella, porque la historia es muy importante, son 21 años de evaluación de la cartera hospitalaria, lo hacemos nosotros desde el gremio hospitalario, arrancamos por allá en el año 98 y tenemos el último corte en junio de este año 2019.

Ustedes pueden ver las barras azules, como esto es un crecimiento incontenible de la cartera que, por supuesto, se asocia al crecimiento en la prestación de servicios, al crecimiento en las coberturas y a la mayor actividad de las entidades hospitalarias atendiendo la población, pero les quiero resaltar esta curva que se encuentra en la parte de arriba de la gráfica, porque ahí es donde está la cartera vencida, que ese es uno de los componentes importantes para analizar en la historia del Sistema como ustedes pueden observar, la cartera arrancó en unos niveles de cartera corriente vencida 40-60, pero rápidamente llegó a unos porcentajes altísimos de cartera vencida y se ha quedado allí; este es el efecto que tenemos nosotros a lo largo de los siguientes años.

Pasemos de todos estos años, aquí ustedes ven el valor de la última cifra de cartera en el estudio con corte a junio de este año, en un grupo de 209 hospitales usted encuentra que la cartera ya llega a 11.2 billones de pesos y la morosidad está en el 59%, usted observa dos (02) tablas con deterioro y sin deterioro por cumplimiento a las Normas Internacionales de Información Financiera, pero cuando usted lo ve sin el deterioro que es completo, esa es la cifra 11.2 billones con un 59% de cartera vencida, sigamos, ¿qué se pregunta en ese estudio?, tres preguntas básicas: ¿quién debe? ¿cuánto debe? y ¿desde hace cuánto tiempo le debe al sector hospitalario? Aquí ustedes pueden observar la participación en ese grupo de hospitales, de los diferentes regímenes un 40% al Contributivo, un 30% el Subsidiado, el estado con las entidades territoriales y ADRES y Fosyga con un 11%, ahí está el Pareto, está el 80% en esos tres grandes compradores de servicios de salud.

Sigamos y en la siguiente usted puede observar un top, un *ranking* de los diez (10) principales compradores de servicios para el sector hospitalario, con las principales morosidades y ustedes ven algunos destaques, sí, vea la Nueva EPS arriba con 1.3 billones, pero con un comportamiento de cartera vencida que ha fluctuado alrededor del 50%, en cambio ve en segundo lugar un Coomeva con este valor, 655 mil millones, con un 81% de cartera vencida y aquí usted tiene todos los nombres, porque parte del éxito de la presentación de estos números es que vayan con nombre propio, aquí

no hacemos generalizaciones y extrapolaciones, ni estamos haciendo proyecciones, estamos simplemente haciendo esas tres preguntas y aquí está la información completa, sigamos.

Cuando usted lo presente lo mira por Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, observen ustedes los principales nombres que se repiten: Nueva EPS, Coomeva, Cafesalud, Medimás, Saludcoop, ¿por qué aparecen algunas en liquidación? porque es que no han pagado esa plata, esa plata se debe por eso aparece con una morosidad del 100% y en Régimen Subsidiado, entidades como Savia, Coosalud, Asmesalud, Caprecom y Emssanar; Caprecom en el próximo corte que es diciembre va a ver reflejado el último pago y por lo tanto debería tender a cero esa cifra, sigamos, aquí les muestro una comparación de diez (10) años, de lo que vamos observando otros temas sobre la eficacia de las medidas que se han tomado; miren ustedes, en verde las entidades que no han tenido intervenciones, es decir, que han cumplido con algunos estándares y por lo tanto manejan los recursos, en rojo están las entidades que sí están en intervención o en vigilancias especiales; miren ustedes las diferencias, pueden llegar hasta de 30 puntos en el último corte con respecto a la cartera vencida, es decir, esa entidad que está intervenida o que está en vigilancia especial, no está teniendo un mejoramiento de sus condiciones, sino que por el contrario está por encima de los promedios, sigamos, aquí esta es una histórica, está es el grupo de todas las EPS durante los últimos 10- 15 años y hay tres grupos grandes; unas que ya murieron, las primeras, las que están arriba, miren los colores, no miren los números porque no se alcanzan a detallar, miren los colores, evoluciones hacia las carteras más vencidas por encima de 50 a 70%, miren el segundo grupo las EPS con medidas especiales, que hoy están vivas; miren cómo van tendiendo muchas de ellas al rojo y eso es un semáforo y es un indicador de alto riesgo; y miren las de abajo, EPS sin medidas especiales que la mayoría de los colores son verdes o amarillos, es decir que parece que tienen unas mejores condiciones.

La historia tiene que servir para algo, tiene que servir para aprender; aquí hay una proyección del riesgo, de aquí se podría hacer una proyección del riesgo de las entidades que están vivas, sigamos, y eso usted lo puede ver de otra manera, aquí están las curvas, mire la curva azul, la de arriba, son las carteras que se van aproximando, las entidades que se fueron ya, que tendieron hacia el 100%; pero miren el punto de arranque, arrancaron en el 50 y rápidamente subieron al 70 y al 90, en la curva roja la del medio son las entidades que hoy están funcionando, pero que están en intervención o en vigilancia especial, miren ustedes que están muy por encima del nivel verde que son las entidades que hoy funcionan, pero que están en mejores condiciones, miren ustedes como ese porcentaje de morosidad es clave para hacer una discriminación, una diferenciación de las entidades.

Pasemos a la siguiente diapositiva, al interior de cada uno de ellos mire la historia, este es el primer grupo mírenlo, nombres que ya no existen hoy en el Sistema, rápidamente arrancaron en estos niveles, llegaron al ochenta 90% y al 100, pasemos la siguiente, el grupo 2 que es uno que me interesa mucho, porque con ello se tiene que hacer algún tipo de maniobra especial hoy, miren los nombres, les voy a mostrar nombres, esta que hay acá se llama Savia Salud de reciente creación, mire como en un solo semestre pasó a tener un nivel de cartera del 70% vencida y se ha movido y hoy esta no ha podido componerse y sigue por acá en el 70%; miren esta otra, de muy reciente creación ¿cuál es? Medimás y miren la pendiente, está pendiente es dramática, algo nos está indicando y miren otras como esta, esta es Coomeva, desde mucho tiempo atrás arrancó muy bien, casi de las mejores 20-22% de cartera vencida, pero aquí ha venido y ha llegado hasta este nivel que tenemos hoy qué es el 80%; eso indica algo, sigamos por favor.

Y aquí está el grupo 3, porque también hay que hacer reconocimientos, señoras y señores, señor Ministro de Hacienda, señora Ministra Diana Cárdenas; miren este nombre es Compensar, carteras alrededor del 20% vencidas y la mejor de todo este grupo ¿cuál es? Aliansalud que inclusive ha tenido carteras vencidas de un dígito, es decir, este estudio muestra muchas cosas, tiene sensibilidad, pasemos, por favor, miremos si es posible hacer esta animación para que ustedes lo vean, si no es posible, esto es una animación también histórica de diez (10) años para mostrarle ustedes como se han ido moviendo los porcentajes de morosidad y eso hoy en día me parece, que es un gran predictor, si no se puede ver, pues este es el final, esta es la última escena de la película, simplemente para mostrarles que de esos grupos, aquí se veía el movimiento de todas las EPS como las que se iban llegando a la liquidación ascendían al 100%, pero lo que más me parece importante para ustedes señoras y señores Senadores y Representantes a la Cámara, ojo, aquí ustedes ven un grupo encabezado por Coomeva, Salud Vida, Savia Salud y otras entidades que están acá, que están llegando están ascendiendo en esa curva, sigamos, por favor, están ascendiendo en esa curva y se están acercando a los niveles de altísimo riesgo, que indican que van a una eventual liquidación o un mal desenlace por favor con ello no podemos desconocer esa historia...

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Juan Carlos se le acabaron los diez (10), el Presidente le concede dos (2) adicionales...

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

Dios mío, me falta todavía, pero bueno, voy a tratar de... me engolosiné con las cifras porque ahí hay unos números bonitos, sigamos, por favor, pasamos a la siguiente; otro los remedios que hemos

tenido recientemente es la autorización de las reorganizaciones empresariales, pasa la siguiente, ustedes pueden ver como infortunadamente muchas de estas EPS que pasaron a la reorganización, ya están teniendo crecimientos en la cartera vencida, sigamos, y aquí tengo que detenerme obligatoriamente, porque ustedes ven, estas son las cifras nuestras, los 11.2 billones, pero hay otras fuentes oficiales: Ministerio de Salud, estados financieros de las entidades hospitalarias públicas y otro que son los estados financieros de la Superintendencia de Salud; estos miren los tamaños muestrales, miren los cortes y miren los tamaños en deuda y en porcentaje de morosidad, son diferentes si señora, estos dos deben estar incluidos dentro de estos otros dos, si uno suma sería un total de 30 y, sigamos, por favor, 33 billones de cartera, de cuentas por cobrar, con unos diferentes niveles de morosidad.

Aquí está, durante mucho tiempo se ha dicho que el problema aquí no es un problema financiero ni contable, sino que, perdón, es un problema de expresión y de información y por eso es que se ha avanzado mucho en el tema de la concordancia de las cuentas. Pasemos a la siguiente, y ahí ustedes ven la lista señoras y señores, de porque es que no coinciden las cuentas, porque aquí dijeron no, eso no es un problema de cartera, es un problema de información. Miren, porque no coinciden los cortes temporales, el tamaño de los grupos, porque los criterios de morosidad son diferentes, porque no nos dejan radicar las facturas, entonces lo que para mí es cartera, para el otro ni siquiera está registrado y aquí les dejo a ustedes el enorme listado de las causas de no coincidencia, para que no quede la sensación, es que el sector hospitalario está presentando unas cuentas que no coinciden o no las no las descarga, ahí están muchas de esas cuentas.

Vamos pasando, al final aquí están señoras y señores, miren los días... los días de rotación de cartera en el Sector Privado hasta 320 días, en el Sector Público 160 días, sigamos, vamos llegando al final, paso por esto, esto es un estudio que hicimos con varios hospitales para decirles algo, el impacto de la cartera no es solamente en unos estados financieros, el impacto de la cartera está aquí, en el tipo de servicios que se pueden seguir prestando, aquí hay una encuesta a muchos hospitales donde dicen: hasta en un 20, 23, 29% hemos tenido que contraer algunos de los servicios o inclusive hemos tenido que cerrar, hemos tenido que despedir personal o nos ha renunciado personal, sigamos, hemos tenido que no actualizar, pasemos a la siguiente, acudir a la banca para adquirir créditos, para poder funcionar, hemos tenido que dejar de lado las inversiones en actualización de tecnología y ustedes saben ¿cuál es el impacto de eso?

Termino con esta, señor Presidente, ojo, el Sistema usted lo preguntaba las EPS, nuestros colegas que están acá, que la mitad, que veintiséis (26) EPS están en intervención o en vigilancia especial tiene que decir algo, la mitad de la población está afiliada

en entidades que no están cumpliendo ciento por ciento, sigamos, aquí está algo que nos parece contra evidente, arranca con un defecto patrimonial de 5 billones y en lugar de mejorar en todo este periodo de amnistía que se les ha dado, miren ustedes cómo se empeoran las cifras y ya estamos en -8 billones de deterioro y sigamos y si no se puede entender así, miremos si este es el campo de la salud donde están todas las EPS de acuerdo al tamaño, miremos, miremos, esta secuencia estas son las EPS, si las filtramos por capital mínimo, las que cumplen e incumplen, sigamos.

Miremos las de capital mínimo más patrimonio adecuado, miren cómo va creciendo los rojos, sigamos, miremos con capital mínimo patrimonio adecuado y régimen de inversión mírenlas y miren esta última si somos estrictos, estas son las únicas que han cumplido a lo largo de los últimos años que se ha hecho esta evaluación; aquí están las marcas porque vale la pena destacarlas y paso la diapositiva final, que es mi conclusión, este es un problema crónico, este es un problema absolutamente evidente, este es un problema creciente, este es un problema que aporta información suficiente para hacer predicciones y para tomar otras medidas, infortunadamente veo que hay un mal pronóstico porque muchas de las intervenciones que se han ensayado, las entidades o esta realidad, es refractaria bajo el actual esquema de administración de los recursos del aseguramiento. Hay un impacto general en el sector, pero muy nocivo en la población y en las IPS y hay una secuencia que ustedes no pueden obligar, detrás de la cartera hubo una facturación, antes de la facturación hubo una atención, antes de una atención hubo una enfermedad y antes de una enfermedad hubo alguien que sufre.

Esto requiere abordaje coyuntural y estructural, por eso a todos los parlamentarios, nunca se pueden agotar de buscar las salidas; aquí no hay que llamar a una... a petrificar la legislación, aquí hay que mirar esto y actuar en consecuencia, buscando el bienestar de la población y señora Ministra Diana, punto final, celebramos el compromiso del Presidente que se convirtió en una realidad, pero el Punto Final para ser exitoso necesita varias condiciones: que los recursos lleguen donde tienen que llegar, que sea transparente el proceso, que sea rápido, que esté blindado a la corrupción y ese es un asunto clave, tiene que haber no repetición y la no repetición la veo muy difícil con las condiciones actuales, por eso nosotros invocamos que hay necesidad de hacer una Reforma a la estructura del Sistema, volver de pronto al 215 original y creo me temo que infortunadamente, aquí está el señor Ministro Carrasquilla, estaremos hablando muy pronto, de pronto, de una segunda fase de la Ley de Punto Final. Muchas gracias.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Por nada, ha sido muy importante esta información, le agradeceríamos que nos hiciera llegar a Secretaría de la Comisión la presentación

que en verdad nos va a dar muchas luces, de la visión que tiene la Asociación de Clínicas y Hospitales, de los problemas del Sector. Le damos la palabra al Vocero de los pacientes al doctor Néstor Álvarez.

Vocero Pacientes de Alto Costo, doctor Néstor Álvarez:

Bueno, muy buenos días para la Mesa, a los Representantes, a los Senadores, al público en general.

Eh, nosotros como representantes de pacientes, queremos hacer algunas observaciones y nos corresponde en este momento hacer comentarios frente a la parte financiera y empezamos por el primer ejercicio, que como espacios de participación social tenemos derecho a ir y a verificar si se cumple, que son las rendiciones de cuentas de las EPS y aquí está el primer llamado para los entes de control: si ustedes revisan las páginas web o fueran a una rendición de cuentas cuyo objetivo es mostrar que se hizo con el dinero público, es mucho mejor una fiesta de 15 años, que una rendición de cuenta de cualquier EPS. La burla completa a mostrar qué se hace con el dinero público, cómo si invierte y a mostrar estados financieros, flujos de caja y cartera, está totalmente lejos de la realidad del objetivo la rendición de cuentas y a eso queremos hacer llamado a la Procuraduría, a la Contraloría y a la Superintendencia Nacional de Salud, si permiten y siguen permitiendo que este ejercicio de rendición de cuentas siga así, vamos a tener los mismos problemas que ha tenido el Sistema de Salud en el manejo de los dineros públicos de la salud, que vale la pena recalcar son dineros públicos en un 90% de la UPC y los otros para el goce efectivo del derecho a la salud.

Ustedes mostraron y nosotros tenemos hasta ahora empezamos a mostrar y a mirar las quejas que nos llegan por EPS y la magnitud de las quejas que nos llegan por EPS; en las gráficas que mostraba el doctor Giraldo de Clínicas y Hospitales, a esos colores rojos si ustedes les pudieran valorizar el dolor humano y la pérdida de horas productivas, imagínense ¿qué pasaría? Si detrás de cada rojo de una EPS en este momento hay un paciente que le están violando su derecho, no tiene una autorización, no tiene red de prestación, no han pagado y por lo tanto sencillamente le dicen no hay agenda o cuando llega a cirugía le cancelan, pero para nosotros es claro que este comportamiento pasa con la EPS que tiene mayor problema financiero y aquí tenemos también que ser justos, en nuestro análisis de quejas vemos la magnitud y están directamente proporcionadas a las EPS que tienen mayores problemas financieros, porque obviamente no tiene pagos de proveedores, no tienen red, pero ¿dónde está el problema? y la pregunta es, si no cumplen las condiciones de habilitación ¿por qué se les permite seguir funcionando?

Entonces siempre hemos venido diciendo que así financieramente esté bien, pero si tienen un número de quejas y hay violación del goce efectivo y no

están cumpliendo su función, al menos en lo de la UPC ¿qué pasa cuando no cumplen la UPC, tienen quejas y si financieramente también están mal?, eso lo dejamos para el Ente de Control, porque lo hemos cuestionado durante trece (13) años que llevamos como organización, o sea no entendemos y aquí venimos. También nos dicen es que hay millones y millones de consultas en kilos de medicamentos entregados y veníamos en un dilema ético que queremos plantear acá, sale una encuesta donde dice el 80% está satisfecho con su EPS, unas más unas menos, el punto de ética es por cada cien (100), veinte (20) se pueden morir, ¿veinte (20) no pueden tener Derecho a la Salud? ¿qué pensarían ustedes si por cada cien (100) carros que se producen veinte (20) no pueden tener frenos y nada pasa?, entonces la pregunta ética es ¿porque en el Sistema de Salud se permite que un paciente se muera sin quimioterapia, por qué un paciente se muera sin anticonvulsivantes, por qué un trasplantado no tenga inmunosupresores que están pagados por adelantado, por qué se permite? o sea como sociedad y como ente de controles ¿cuál es la crisis?, o sea ¿estamos satisfechos que digan que el Sistema de Salud está muy bien, que de cada cien (100), veinte (20) pueden tener un problema, es ético en el derecho a la salud como un derecho fundamental?

Y más crítico en la EPS del Régimen Subsidiado yo quiero hacer un llamado de corazón, nosotros recibimos quejas de EPS, de pacientes que llevan un año esperando la autorización de una cirugía; tenemos pacientes que a 4 6 horas de Tunja, les devuelven las autorizaciones cuando han sido trasladados a Bogotá y las deben de reclamar otra vez en la ciudad de origen y por eso pierden citas aquí en las IPS, después de que hemos luchado con entes de control, con la Defensoría, con la Superintendencia, con todo el mundo. Pero quiero hacer un llamado todavía mucho mayor al grado de deshumanización cuando uno manda las quejas, mandamos quejas a muchos directivos, a los de la parte fiscal, al sistema de servicio al cliente, al gerente, al vicepresidente de salud y la... totalmente insensibilidad frente al tipo de quejas que mandamos, hasta cuatro o cinco veces tenemos que mandar quejas como ¿quién quiere ayudar a este, quién quiere apadrinar a este paciente?, ya no es ni siquiera quién hace cumplir una EPS y lo peor nos emiten autorizaciones, referencia y contra referencia, donde ya no tienen contratos y notifican al paciente que tiene una autorización y cuando va pedir el servicio trasladado de 2-3 horas a cabeceras municipales o a ciudades intermedias y llegan y no hay servicio y debe empezar de nuevo.

Entonces en un Sistema de Salud le... ¿se debe permitir esto? ¿el grado de dolor y el grado de deshumanización qué hay de los que no están satisfechos? o sea podemos como sociedad permitirnos y sentirnos orgullosos que por cada cien (100), veinte (20) tengan que tener dolor y uno (01) ¿se puedan morir?; sería interesante mirar la tasa de mortalidad en cáncer por EPS, sería interesante mirar el nivel de accidente cerebrovascular por

EPS y aquí he visto durante muchos años hablar de gestión de riesgo, mostrar modelos de salud, pero una cosa se dice acá y otra cosa vive la comunidad.

En este momento nosotros hicimos el análisis 2018 de las quejas; la falta de entrega medicamentos, la falta de autorizaciones es la primera barrera que hay para el goce efectivo del derecho a la salud, que va relacionado con todo lo que ustedes vieron, si no pagas no te dan servicio, si no tienes contrato, no tienes donde mandar tu red, pero lo que no es permitido y sí hacemos un llamado aquí a los gerentes de las EPS, es que siguen emitiendo autorizaciones, cuando ustedes tienen claro que no tienen contrato, cuando tienen claro que tiene suspendido sus servicios, no es justo con un ser humano, no es justo con una mamá, con un niño en discapacidad que esté mendigando por el salón, no es justo con un paciente de cáncer que grita que quiere vivir y aquí yo quiero hacer un llamado: en Colombia la pena de muerte no es legal por ningún camino y aquí hay pacientes que han sido condenados a pena de muerte por las barreras administrativas y por el incumplimiento de las EPS.

Aceptamos la pena de muerte en el Sistema de Salud impuesta por barreras administrativas, cuando yo quiero vivir y me dicen que me tengo que someter a una quimio y voy por mis autorizaciones y no me las entregan o me dice el Instituto, no lo atiende porque el contrato se acabó y mi quimio de cada 21 se traduce a cada 60 cada 70, o el niño que tiene epilepsia, convulsiona, no puede atender a la escuela, o el paciente que necesita transporte, el paciente trasplantado que luchó, hizo la fila por un riñón, que la suerte le bendijo y tiene que estar tres (3) meses sin inmunosupresor, ese 20%, ese dolor ¿estamos dispuesto a aceptarlo como Sistema de Salud? O sea podemos ser tan indiferentes y conformarnos a que veinte (20) personas por cada 100 tengan algún problema; entonces yo los invito, si compraríamos un carro de una fábrica que me diga que por cada 100 carros 20 van sin frenos, o por cada nevera que compramos cada cien (100), veinte (20) no le van a congelar, ¿el Estado permitiría que estas empresas sigan?

Entonces aquí la pregunta es: por qué tenemos esta EPS que tenemos claro qué problemas tienen y les permitimos seguir dejándole la vida de sus afiliados en manos de ellos, con las consecuencias que ya sabemos, es totalmente deshumanizado.

Yo quisiera compartir con ustedes quejas de pacientes que llevan dos (02) años, dos (02) años pidiendo una interconsulta con 7 autorizaciones vencidas y cada vez ida, pacientes que los trasladan sin viáticos, sin transporte; entonces aparte de una crisis financiera, hay una crisis humanitaria. Aquí hay mucho dolor, hay mucha pérdida también de productividad, porque recuerden que nuestros afiliados al Régimen Subsidiado muchos son vendedores ambulantes, que salen a trabajar con dolor, que después de la quimioterapia tienen que salir, no se puede quedar en su casa o mueren esperando la quimioterapia.

Niños que mueren esperando la quimioterapia y tenemos los casos, no estamos hablando por terrorismo ni nada, tenemos casos que rompen el corazón; aquí hay personas que han recibido correos de nosotros pidiendo a gritos: no lo dejen morir, es que ya hablamos de ese término: no lo dejen morir, la persona quiere vivir; y yo creo que cuando alguien quiere vivir, no se le puede negar el derecho a vivir y no se pueden permitir empresas que le niegan el derecho a vivir cuando alguien quiere hacerlo, diferente si el paciente no quiere una quimio y se va para su casa o no quiere tomarse los medicamentos, con los medicamentos.

Yo quiero llevar este mensaje, que no podemos como sociedad permitir este grado de deshumanización que hay en el Sistema de Salud, cuando quieran los invitamos... tenemos los soportes, tenemos las pruebas, tenemos el dolor humano que nos toca vivir, pero aún más el dolor de muchas EPS que enviando las quejas no toman ninguna medida, absolutamente ninguna y queremos hacer un llamado a la Superintendencia Nacional de Salud; no es posible que a uno le estén llegando quejas que digan que lleva cinco (05), seis (06) veces puesta la queja en Supersalud, o que lo llamen a verificar si la EPS solucionó y termine el paciente en este ciclo.

A la Defensoría del Pueblo también hacemos un llamado que nos acompañe a no dejar morir nuestros pacientes, a la Procuraduría, a los que manejan el dinero; no puede seguir pasando esto con todo el dinero que hay, no podemos tener unos negocios en Colombia que manejan la salud de ese nivel de deshumanización y con una variable de calidad aterradora, 80% satisfecho 20% no; o sea ¿en un Sistema de Salud es viable eso? Si me tocara a mí el 20% ¿lo aceptaría? si a mí me toca quedar en el 20%, que no me dan medicamentos, que no tengo cita, que me toca sufrir por el transporte, que me dejan tirado en otra ciudad o que mi hijo tiene que tener todas las consecuencias, como colombiano y ciudadano, estoy dispuesto a aceptarlo?, es la pregunta que nos debemos hacer, porque vi muy conforme a todo el mundo con la encuesta del 80% y es aterrador que el país llegue a una incivilización, a permitirse de pensar que es un buen indicador para un Sistema de Salud, desde las quejas más sencillas, hasta las quejas más críticas que afectan la vida.

Este es el mensaje que quería traer; una mamá me escribe por Whatsapp y decirle, me dice: dígame que tenemos mucho dolor las mamás de niños en situación de discapacidad, las cuidadoras, las personas que no tienen pañal, porque piensan que es un lujo que el sistema de salud les dé un pañal o los que tienen medicamentos incluidos pagados por adelantados en la UPC, que hoy están colocando una tutela porque no han dado un antihipertensivo, porque no le han dado un minisupresor y peor aún, que una EPS le conteste, que está haciendo el trámite para comprarlo y que algún día se lo va a entregar, ni siquiera le pone plazo decir: el martes a las 8 tiene el medicamento, no, lo estamos mirando, cotizando y

se lo vamos a hacer saber cuándo se lo entregamos. Entonces este llamado es para que como sociedad todos miremos si en realidad es el Sistema, debe seguir funcionando y si ciertas empresas pueden seguir en Colombia manejando el derecho a la salud de muchas personas que confiaron en ellas. Muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias, doctor Néstor y estoy seguro que todos los que estamos aquí, sin cuestionar a esa encuestadora que hizo esa encuesta de percepción de los servicios de salud y muy probablemente por donde nosotros, o por lo que nosotros nos dedicamos, doctor Pulgar, usted que siempre dice: ese 20% nos llama todo el día, pero es que yo creo que es mucho más de un 20% de los colombianos, lo que no se acuerda, los que no están de acuerdo con su EPS o con el Sistema; terminamos resolviendo muchísimos de los casos catastróficos y esos que causan tanto dolor en las familias, pidiendo lo que es un derecho, nosotros tenemos que hacerlo pidiendo el favor. Le damos la palabra al señor Veedor de Salud José Villamil.

Veedor Nacional en Salud, doctor José Villamil:

Muy buenos días al señor Presidente de la Comisión Séptima del Senado y de Cámara, de la señora Presidente de la Comisión Séptima de cámara, a todos los Honorables Senadores y Representantes, a los gerentes de la EPS y a los presentes. Precisamente yo hice una solicitud al señor Presidente de que habláramos nosotros primero, porque es que después ya no alcanzamos a hablar y nos hacen unos cuadros hermosos acá y todas quedaron muy bien y yo creo que ni los Honorables Senadores, ni los Representantes quedaron satisfechos de lo que en realidad se está haciendo.

Nosotros hemos hecho un análisis muy concienzudo de cómo funciona el Sistema, no solo por la situación de atención al usuario a dónde nos llegan quejas diariamente, porque nosotros llenamos la Comisión Séptima de Cámara y Senado con nuestras quejas que nos llegan, algunas, no la mayoría de todas, pero si algunas; y tenemos un análisis de por qué también sucede lo que sucede con los pacientes y pacientes de cáncer y pacientes de enfermedades complicadas, patologías raras.

Con la medicina prepagada los especialistas están comenzando es a contratar con esas entidades que dicen que sí pagan, ¿por qué?, porque es la gente que paga, entonces esas cantidades que tenemos, porque la capacidad resolutoria para atender a los colombianos no la tenemos en todas las especialidades. Yo les decía tráiganme un niño aquí con un problema neurológico pediátrico y necesitamos el Neuropediatra urgentemente, ¿a dónde lo vamos a conseguir? ¿Cuántos hay en el país?, ni siquiera nosotros sabemos cuántos tenemos

contratados por EPS. Es decir, hay unas situaciones de este tipo de regulación, que no la tenemos clara y que no sabemos si el culpable es el Estado por no darle la facilidad a ese médico que quiere especializarse y le cuesta tanto, o si es en realidad de que no quieren los médicos lograr subir esa categoría, para no tener las complicaciones que tienen muchas veces en un trabajo. Queremos dejar esa incógnita para que se analice por parte del Congreso, esa verificación de esas certificaciones de la red hospitalaria del país, como la tenemos.

Queremos hacer algunos ejemplos claros, por ejemplo, lo sucedido con Saludcoop, con las clínicas Esimed lo que se hizo con las Clínicas Esimed es lo más pavoroso que puede haber existido, mire la clínica de Cali; la fuimos a ver hace quince (15) días, ya está en deterioro, las clínicas acabándose y ese activo que había disque para cancelarles a algunos hospitales, se desmejora y se baja y resulta que se pierde más del 30 o el 40% de eso que servía para los recursos. Ahora los malos negocios también Esimed, Boyacá y yo sé no sé si aquí está el señor Procurador Delegado, pero a él le entregamos el paquete, de cómo se hizo la negociación en Boyacá, el Gobernador llamó a todos los hospitales y le dijo reúnanse, usted le debe tanto, tanto, tanto, tenga; se vuelven accionistas de esta nueva clínica, ¿dónde quedan los minoritarios? ¿Qué van a hacer? ¿A dónde llegan?, ni siquiera vocería van a tener, es decir, es una situación que no la controla el Estado.

Queremos también hacer un llamado muy cordial a las situaciones de Capital Salud en Colombia, por toda la EPS tiene que ser analizado; Capital Salud es una EPS del Distrito Especial de Bogotá, Capital Salud contrata con los hospitales del Distrito Especial de Bogotá, la red hospitalaria de Bogotá, ¿que tenga preferencias la Capital salud?, no lo sabemos, pero no creemos, porque está en la misma situación. Capital Salud tiene la Secretaría que hace la inspección y la vigilancia y ahora la vigilancia y el control; es decir, Capital Salud está requete vitalizada más que verticalizada y nadie dice nada, pero como yo que tengo allí en la... en el maletín, cantidades de órdenes, mire le voy a decir tengo una enferma que tiene VIH y es bárbaro, ahí tengo la autorización de los exámenes, lleva un mes y medio pidiendo que le den los exámenes de laboratorio para reevaluarla y no logra que le den esos exámenes en Capital Salud, porque cuando llegan allá a donde le autorizan, tengo los videos como los hemos... ya hasta los coordinadores de las situaciones donde se entregan en las oficinas de las órdenes, ya no asisten, se esconden en las partes de arriba, porque dicen, no es que la gente llega a molestar ¿Molestar por la vida? ¿Molestar por el derecho a tener una consulta especializada o una consulta especial o un medicamento especial? ¿En qué país se ve eso?

A mí que me toca acompañarlos allá, porque voy allá con ellos, es cuando se me salen casi las lágrimas de tener yo un niño cargado, esperando a ver si a la madre le entregan esa autorización pues, yo sí quisiera que ustedes se pusieran la mano en el

pecho. Capital salud totalmente verticalizado y no puede hacer nadie nada, pero agreguémosle a esto, el Secretario de Salud, el doctor Morales dice: yo tengo la atención garantizada para los venezolanos; ay Dios Mío, lo que me ha tocado sufrir con los venezolanos, con partos de las venezolanas inclusive de hijos de padres colombianos, el problema que tenemos para que las trabajadoras sociales acepten el documento que tiene la señora, porque no tiene legalizado su ingreso, porque para legalizar el ingreso tienen muchas condiciones diferentes en inmigración y han tenido inclusive que hasta suspender porque la falsificaban.

Entonces yo quiero hacer ese llamado, a que analice el Congreso por qué la salud en el Distrito Especial Capital Bogotá; inclusive los correos de los Secretarios de Salud y de la misma entidad, son iguales www/nombre del señor/arroba/capitalsalud.gov.com; así sea de la Secretaría o sea de la, es decir, no veo claramente para dónde vamos con esto. Entonces si yo mismo me analizo yo con yo y yo me sanciono yo con yo, qué rico; así no, pero si viene o alguna otra con una queja y eso sí vuelan ¿a dónde tenemos que ir?; eso por el lado de Capital Salud.

Por el lado de algunas EPS también quiero hacer un llamado: algunas juntas directivas de la EPS conformadas hace muchos años, iniciaron con gente de extracción estrato 2, no digamos 1, porque el 1 ya es excesivamente, pero digamos 2, quisiera preguntarles ahora en ¿que están y en qué estrato están esos miembros de juntas directivas? ¿Dónde están las IPS conformadas, dónde están las distribuciones de medicamentos, inclusive en asociaciones, dónde están las clínicas conformadas por ellos mismos? las IPS de atención y ¿cómo se hacen los pagos en esas EPS, para esas entidades que están en eso?

Yo... aquí se pidió la presencia del señor Fiscal General de la Nación, desgraciadamente no vino, pero nosotros nos hemos reunido en la Fiscalía General de la Nación, más de diez (10) veces en el piso quinto y a mí ya me da hasta rabia ir allá, porque ¿a qué voy? ¿Voy a que me vuelvan y me pregunten lo mismo, de lo mismo, de lo mismo?, para no solucionar absolutamente nada y no solo pongo el caso de las EPS, del Estado como tal, ¿qué pasó con el contrato de la auditoría de ADRES? Cuando yo inicialmente en Secop, porque yo hago seguimiento a la página de Secop, les dije, esa entidad que está presentándose tiene conflicto de intereses, está haciéndole interventoría la Superintendencia y le va a ser interventoría al ADRES; mire ha sido sancionada en el Distrito, le suspendieron un contrato por falsificación de documentos, nada... entregué todas las pruebas cómo se les habían suspendido, qué hojas de vida tenían falsificadas, cómo van a presentar una contadora como empleada de ellos desde el año 2006 y resulta que ella en el 2006 estaba terminando bachillerato; es decir, cosas así de ese tipo.

Sin embargo, no sirvió que la Veeduría le hiciera la advertencia, por eso agradecemos a ustedes

Honorables Parlamentarios que pudieron aprobar ese control previo que va hacer la Contraloría, yo al señor Contralor en la reunión de gobernadores en el Huila casi que le suplicaba y decía metámosle a esto, porque es que esto le va a dar una fuerza a esa Contraloría y a la Veeduría, porque ahora sí nosotros le vamos hacer Veeduría a la Contraloría, porque la vamos a hacer. Entonces queremos agradecer eso, pero queremos decirle en realidad que pasa con esa cuenta de ADRES, Dios mío, esa auditoría yo le he dicho a la doctora,.. a mí poco me gusta ir a las oficinas, porque apenas ven al Veedor es como si vieran al diablo y entonces no lo reciben; yo le digo una cosa y aquí está la Delegada de la Superintendencia: pregúnteme a mí ¿cuántas veces he ido a la Superintendencia? ¿A qué voy?, si ni siquiera inclusive cuando le digo al señor Superintendente recíbame, no.

Nos encontramos en las rendiciones de cuenta, es la única, pero de resto nosotros no, porque somos el coco feo, porque les decimos las verdades, porque les decimos que la plata se está perdiendo y todo mundo mira para el otro lado; la vida... yo en este momento tengo un problema delicado, yo tengo cáncer, yo soy un paciente de cáncer, detectado apenas hace dos (02) meses, estaba en Coomeva, soy afiliado del Cauca y me trasladaron a la Nueva EPS, venía teniendo la primer quimioterapia, ahora me toca volver a hacer los trámites para que me hagan la nueva quimioterapia ¿qué le parece a usted de sabroso eso?, me trasladaron como el cerdito...

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Señor Veedor un minuto más...

Veedor Nacional en Salud, doctor José Villamil:

Me trasladaron como el cerdito del corral uno al corral dos, pero me dejaron sin veterinario. Sólo quiero decirle, señor Presidente, que para nosotros ha sido una satisfacción el haber luchado por estas Audiencias, porque usted lo sabe y agradecerle al Secretario de la Comisión Séptima del Senado, quien nos ha dado la mano a la Veeduría y quiero decirles, ojalá ninguno busquemos una necesidad de una enfermedad de alto costo en una EPS que no cumpla, porque hasta ahí está la sentencia de muerte; muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Por nada señor Veedor; con la intervención del Veedor en salud terminamos las intervenciones de los directores de gremios y de las Asociaciones de Pacientes. Iniciaremos ahora, con las respuestas al cuestionario y de paso aprovecharía para pedirle a los señores gerentes y representantes legales que, utilicemos este tiempo que creo que muy importante, para dar informaciones concretas y que den un espacio de un par de minutos, para que también expongan sus problemas, porque nosotros no estamos satanizando desde las Comisiones de

Senado y Cámara a ninguna EPS; hay muchísimos problemas y lo que estamos nosotros tratando, es de confrontar información para buscar soluciones; así que también les pediría que aparte de lo financiero, nos dieran su visión de lo que hay que hacer para mejorar la atención de los pacientes, que al final de todo es lo que estamos buscando todos, así que iniciamos con el doctor Carlos Fajardo, Gerente de Emssanar, perdón le vamos a dar la palabra al doctor Homero Cadena que está delegado por ser el Representante Legal Suplente, ¿acreditó ante Secretaría de Comisión, doctor homero esa condición? Okey tiene usted el uso de la palabra.

Representante legal suplente de Emssanar, doctor Homero Cadena:

Buenos días a todos, un cordial saludo al doctor Fabián Castillo, Presidente de la Comisión Séptima del Senado, la doctora Norma Hurtado, Presidenta de la Comisión Séptima de Cámara, a los miembros de la Mesa Principal, a los diferentes Representantes y Senadores que hacen parte de las Comisiones y a todos los presentes del sector de las EPS del Subsidiado y a todos y cada uno de los que están aquí presentes y al público en general.

Para dar respuesta al interrogatorio que enviara en su momento las Comisiones hicimos llegar de manera oportuna los Informes a Secretaría, yo tengo algunos elementos aquí para mostrarlos y aportar al debate; en cuanto a la primera pregunta de ¿cuántos afiliados tiene la EPS Emssanar SAS?, contamos con 1 millón 800 mil afiliados en Régimen Subsidiado, 115 mil en Régimen Contributivo, para un total de 1 millón 918 mil afiliados.

En cuanto a ¿cómo ha sido el estado financiero patrimonial con cargo a los últimos años? Para la EPS que ha estado igual de inmersa en la crisis financiera y económica que atraviesa el Sistema, después de la expedición del Decreto 2702 ha sido todo un proceso de fortalecimiento y todo... la relación que tuvimos con las entidades de inspección vigilancia y control hemos avanzado, sin embargo quisiera comentar que en los últimos cinco (05) años, solo los años 2010 y 2015 y 2016 tuvimos resultados positivos, los demás nos afecta ostensiblemente el funcionamiento y la operación en las condiciones en los que estamos; hoy contamos con un patrimonio negativo de 700 mil millones de pesos.

En cuanto a la pregunta de ¿cuántos son los recursos o márgenes de acción ante situaciones imprevistas? Frente a este punto, hemos revisado el historial de la EPS y hacemos una reserva cercana a 2 mil millones de pesos mensuales con el fin de subsanar los imprevistos, que históricamente corresponden a las solicitudes de servicios de tutela y que en su mayoría están representados en servicios y tecnologías financiados con la UPC. En cuanto a los dineros recibidos de la empresa a su cargo por concepto de UPC, de cobros de no PBS en los últimos años, tenemos nosotros presentada una secuencia de los últimos años de las platas que hemos recibido, en el 2014, 1.02 billones en el 2015

1.07 billones, en el 2016 1.3 billones, en el 2017 1.5 billones, en el 2018 1.6 millones y en lo corrido del año llevamos 1.1 billones de pesos.

¿Cómo y por quiénes está constituida la Red de Prestadores de Servicios en los diferentes entes territoriales donde operamos? En este momento contamos con 148 IPS de primer nivel, 195 IPS de mediana complejidad y 29 IPS en alta complejidad, en total tenemos 362 IPS. Les comento que tenemos presencia en el suroccidente del país en 102 municipios, tenemos contratada toda la red pública y privada que existe en la región, que tiene capacidad técnica y experiencia y capacidad financiera para dar soporte a nuestros afiliados.

¿Qué criterios se tuvieron en cuenta para la contratación de la red? Es la determinación de la oferta de servicios de salud, la determinación de la demanda de servicios de salud y la capacidad instalada con la que cuenta la Red en el suroccidente en el país.

¿Cómo está el componente primario? Está como les he dicho, conformada por toda la red pública y algunas privadas que hacen presencia en los 102 municipios, para conformarlos se identificaron los diferentes prestadores, tanto públicos, privados como mixtos que ofertan sus servicios de manera... habilitados en cada una de las instituciones que le hacen vigilancia y control y hacen funcionamiento en los municipios.

En cuanto al componente complementario que es la siguiente pregunta, está conformado por los servicios que requieren nuestros usuarios en las diferentes tecnologías, las competencias y las especialidades que están disponibles en la región y aún al interior de país, está conformado por una oferta de IPS de mediana complejidad y de las de alta complejidad.

¿La Red de Urgencias cómo está constituida?, es el siguiente cuestionamiento. Para conformar la Red de Urgencias se tuvo en cuenta las IPS que ofertan esos servicios en la baja complejidad y en la mediana y en el alta, así como la distribución de prestadores que ofertan servicios de transporte asistencial tanto básico como medicalizado.

En cuanto a la pregunta que hace de la Red Oncológica, en el departamento de Nariño se encuentra con la única Unidad Funcional de Cáncer debidamente habilitada a nivel del país, ubicada en la Fundación Hospital Infantil, en el Hospital San Pedro; también tenemos contratado al Hospital Infantil los Ángeles, que cuenta con una Unidad de Atención de Cáncer Infantil, entiendo que es una experiencia muy importante, no solo para Colombia... para los departamentos de Cauca y Valle se cuenta con varias entidades que prestan los servicios de oncología, asegurando la prestación de servicios a nuestros usuarios. Para el departamento de Putumayo donde también tenemos esa presencia, la red que corresponde a las que están ubicadas en el departamento de Putumayo y le damos soporte desde

los departamentos de Nariño y del departamento del Huila.

¿Cuál es el monto total a la fecha de las deudas que tiene cada EPS con los prestadores de servicios de salud?; está presentado en edades, solo me detengo a comentarles que el último corte debemos 738 mil millones de pesos en donde se hace presente en el peso las cuentas de cuenta corriente, donde tenemos cerca de 309 mil millones de pesos vencidos entre 1 y 30 días 86 mil millones de pesos...

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Perdón doctor haciendo eco de lo que nos pide la Presidencia, las transcriptoras no están escuchando muy bien, le pido acercarse un poco más el micrófono y utilizar un decibel más en el tono...

Representante legal suplente de Emssanar, doctor Homero Cadena:

Bueno, entonces frente al cuestionamiento de ¿cuánto debemos?, entonces lo he comentado que debemos 738 mil millones de pesos y está desagregado por la edad de la cartera, entonces en corriente tenemos 309 mil millones, en vencido de 1 a 30 días 86 mil millones, entre 30 y 60 días 53 mil millones, entre 61 y 90 días 54 mil millones y más de 90 días tenemos 234 mil millones de pesos, para un total de 738 mil millones de pesos que tenemos nosotros con las cuentas por pagar. Y en lo que tiene que ver con cuentas por cobrar, igual tenemos presentado por edades y tenemos un total de cuentas por cobrar cercano a 300 mil millones de pesos, en corriente están 68 mil millones vencido de 1 a 30 días 21 mil millones, de 30 a 60 días 11 mil millones, de 60 a 360 días 95 mil millones y más de 365 días 102 mil millones de pesos.

¿Cuál fue la metodología para dicho cálculo?, las cuentas por cobrar fueron calculadas mediante el reconocimiento del hecho económico al costo histórico; todos los registros de la cartera fueron validados por revisoría fiscal y debidamente firmado; esa información en cuanto al cuestionamiento.

Yo quisiera dejar algunos elementos acá de reflexión frente a la situación por la cual atravesamos nosotros; pienso yo que para dar como una respuesta al cuestionamiento de cuál es el papel de la EPS en el Sistema, nosotros consideramos que debemos ser los voceros y representantes del usuario, ese en esencia debe ser el papel de la EPS, coordinar la Red Prestadores de Servicios para garantizar el acceso oportuno al usuario, ese también es otro de los papeles que debe jugar de manera importante la EPS. Pienso que tenemos que buscar que la atención de los servicios, correspondan al nivel indicado; en un estudio que tenemos adelantado al interior de una organización, encontramos que hay una sobre oferta de servicios en mediana complejidad para nuestros usuarios, de los usuarios que demandan servicios en mediana complejidad el 70% de los usuarios no

debieron ser atendidos en estos niveles, debió ser resuelta su situación en el primer nivel de salud.

Ahí nosotros tenemos un gran problema y creo que es un problema de carácter estructural de todos nosotros acá en el Sistema y de los colombianos. Desmantelamos el primer nivel, desmantelamos nosotros nuestro prestador primario; si hacemos ahí una cruzada y una revisión del papel importante que debería jugar el médico general, el médico general hoy totalmente desprestigiado por el modelo de salud que nosotros tenemos, queremos nosotros creemos nosotros que ahí está la solución, en avanzar en una propuesta estratégica de atención primaria en salud, basada en salud familiar, donde sea protagónico, cumpla papel estelar el dúo médico general y la enfermera, ahí se resuelve la mayoría de los problemas que se están presentando hoy en el modelo que tenemos de salud.

Nosotros tenemos experiencias que estamos desarrollando y estamos implementando en el fortalecimiento del primer nivel o del prestador primario; estamos desarrollando una primera experiencia en el municipio de Túquerres con 45 mil afiliados, donde contamos ya con Unidades Básicas de Atención conformada por médico general, enfermera jefe, psicólogo, nutricionista y hace acompañamiento a 2 mil familias, donde el médico general le conoce vida obra y milagros a cada uno de esos integrantes; ahí entonces nosotros tenemos un papel esencial como asegurador, el poder acompañar para que se preste servicios a esa población. Igualmente tenemos un acompañamiento muy importante en lo que se está dando en Cali, en Red Ladera donde estamos haciendo una experiencia con 6 mil usuarios implementando también el tema de atención primaria en salud, una experiencia en el municipio de Popayán con 12 mil usuarios, en donde vemos resultados extraordinarios, totalmente diferentes a lo que se ha presentado cuando una Unidad Básica de Atención, donde el líder el médico de formación general, reportando resultados positivos para nuestros usuarios.

Quiero comentarles que el desmantelamiento del primer nivel hace que nosotros incurramos en costos y en sobrecostos atendiendo población digamos, que sana o con problemas de baja complejidad en la mediana y alta. Traigo un ejemplo solo un ejemplo, en el municipio de Pasto donde tenemos 180 mil afiliados, tenemos nosotros una sobredemanda de mediana y alta complejidad, solo en partos... partos están siendo atendidos por dos (2) instituciones beneméritas para el municipio, como es el Hospital San Pedro, un hospital especializado en mediana complejidad y la Clínica Fátima; sin embargo nuestro prestador primario que cuenta con un servicio de hospitales, no da atención solo a lo que tiene que ver con parto.

Tengo otro dato: de la población que demanda servicios con especialistas, de cada cien (100) pacientes, ochenta y cinco (85) pacientes no debieron acudir al servicio de especialistas, su problema que es de salud y que debe ser atendido

de manera oportuna, debió ser resuelto en el primer nivel de atención con un médico general, eso hace que entonces nosotros entremos en unas listas largas de espera, porque nuestros médicos especializados se encuentran atendiendo la mayor parte del tiempo entre comillas “pacientes sanos”, pero las facturas de los prestadores de mediana complejidad y las facturas que presentan los especialistas son altas, porque corresponden a honorarios en esos niveles.

Sin embargo vuelvo a plantear, que si damos ese viraje y esa corrección con la aplicación de algo que aquí se ha aprobado, gracias al Congreso, gracias a la iniciativa del Congreso, es política pública saludable denominada país, ahí tenemos que hacer un gran esfuerzo señores y señoras, para que lo que está escrito en la política país donde definamos nosotros el modelo Atención Integral de Salud con enfoque territorial se aplique de manera inmediata, se identifiquen las rutas y nosotros pudiéramos en coordinación y en alianza entre el prestador primario, la dirección local de salud y el papel de la aseguradora, poder gestionar toda la prestación de servicios por las autopistas que definen la rutas de prestación de servicios; necesitamos nosotros definir las guías y las normas de atención para atender esta población en esto.

Y finalmente creo que hay un gran compromiso, más allá de seguir discutiendo si tiene o no tiene la razón uno u otro o dónde está la plata, es que de manera integrada pudiéramos coordinar la prestación de servicios con la conformación de las redes; es una tarea, es una asignatura que tenemos todos y cada uno de nosotros, para que las redes puedan atender a nuestra población y pudiéramos garantizar entonces nosotros el acceso oportuno, pudiéramos representar al usuario en la medida que se demande servicios por niveles como debería ser de manera racional. No dejo de desconocer que tenemos un problema de prestación de servicios, sobre todo en los pacientes con alto costo y los pacientes que padecen enfermedades huérfanas; hay un problema de financiación, se definió la norma pero no sé definieron recursos y tenemos nosotros ahí un desencuentro entre responsabilidades, en el imaginario colectivo la responsabilidad de estas enfermedades que no están en el Plan y están se las considera como raras, el responsable es el asegurador o la EPS.

Aquí todos sabemos que el responsable de eso de la atención y la financiación de esos usuarios, corresponde al Estado, ahí hay un creo, una muy buena iniciativa el que hoy se recoja las responsabilidades que tenía el departamento y las asuma la Nación; ahí tenemos nosotros una gran asignatura, un trabajo grande importante para avanzar a financiar de manera oportuna, los tratamientos, toda la tecnología y todos los medicamentos que demandan los servicios de los pacientes que están clasificados en esta categoría. Si por alguna circunstancia, por alguna razón EPS Emssanar ha fallado en la prestación de servicios, no ha sido oportuno en la prestación de servicios con nuestros usuarios que

están afectados por enfermedades de alto costo o por estas enfermedades raras, yo públicamente presenté disculpas, muchas gracias.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Por nada doctor Homero, solo una pregunta: hay, hay algo que nos que nos preocupa a muchos o sea si bien sabemos y ya con las cifras que usted no reportó sabemos que Emssanar tiene un patrimonio negativo, ustedes tuvieron un cambio de EPS a SAS y de esa manera se levantó la medida de la Superintendencia; le doy un minuto más, si nos puede explicar el motivo o la motivación de ese cambio y qué pasó con esas medidas de la Superintendencia que hoy ya no tienen, porque cambiaron de EPS a SAS.

**Representante legal suplente de Emssanar,
doctor Homero Cadena:**

Nosotros nacimos como Empresa Solidaria de Salud hace 25 años, nos conformamos como una mutual; sin embargo, con la mutual teníamos una gran dificultad por la forma jurídica y en el sector al que pertenece, no podía recibir inversión privada, eso hizo que con el acompañamiento de la Superintendencia nos transformaremos nosotros o mejor pudiéramos constituir un nuevo vehículo societario. Con la Resolución 5256 que fue aprobada ahora en julio 17 mediante Resolución 67 11 comienza a operar Emssanar Sociedad por Acciones Simplificada, eso hace que se permita mediante una Escisión Impropia, en la Escisión Impropia se reciben activos, pasivos, los contratos con los trabajadores y toda la deuda que tiene la mutual con los prestadores, queda a cargo de la Sociedad por Acciones Simplificadas.

Entendemos ahí que hay seguridad y hay toda la razón para que nuestros prestadores tengan toda la confianza con el asegurador, porque toda la responsabilidad sobre todo de carácter económico y con la deuda está garantizada con la sociedad. Adicional la misma norma nos permite a nosotros un Plan de Recuperación Institucional, para los próximos diez (10) años; en el Plan de Recuperación tenemos definido nosotros, digamos, que unos elementos estratégicos: la representación del usuario, el asegurar la prestación de servicios en el primer nivel, fomentar la atención primaria en salud y buscamos nosotros como resultado de la triple meta, garantizar y mejorar el estado de salud un nivel de satisfacción superior al 85% en el tercer año de operación y la recuperación económica en la senda dinámica de la EPS.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Muchísimas gracias doctor Homero; le damos la palabra al doctor Gustavo Adolfo Aguilar, Presidente de Asmet salud.

Presidente de Asmetsalud, doctor Gustavo Adolfo Aguilar:

Toca bajarlo porque yo soy bajito... Bueno, muy buenos días, quiero en nombre de nuestra organización darle un agradecimiento al doctor Castillo y a la doctora Hurtado por... por esta citación a este debate de seguimiento a la situación financiera, así lo entendimos nosotros de las EPS, en este caso el tema de Régimen Subsidiado.

Yo sí yo sí quiero, si me permiten no voy a hablar del cuestionario como tal, porque ya lo anexamos en la respuesta, pero sí quisiera que me permitieran explicarles a ustedes el por qué estamos hoy viviendo este momento de la institución. Agregando algo que nosotros somos una entidad, nacimos como una entidad solidaria, como... igual como Enssanar, Mutualser, Coosalud, muchas de las que sobrevivimos al 1804, una entidad que es hoy por hoy la mutual más grande de Colombia con más de 25 mil asociados en departamentos de Cauca, Eje Cafetero, Caldas, Risaralda, el Caquetá y el Huila; y esta es una empresa solidaria que creció mucho en el país, estamos operando en 12 departamentos, en 200 municipios, con una población afiliada cercana al millón 900 mil usuarios, pero con lo que les voy a explicar a ustedes van a ver qué pasó históricamente con nosotros y yo quiero dejar aquí una gran reflexión para todos ustedes Honorables Representantes y Senadores y a todos los que estamos aquí y los representantes de los gremios.

Una pregunta que a uno le hacían siempre en el colegio: ¿cuándo todos los alumnos pierden el año, será porque todos somos malos estudiantes, será el método, será el profesor?, porque cuando uno ve en las gráficas que nos mostraba el doctor Juan Carlos Giraldo, si ustedes ven ese esa progresión de rojos, ¿será que Asmet es tan mala para llegar a ese rojo, será que Enssanar, Salud Vida será que somos tan malos? o ¿será que solamente dos (2) tan excelentes que llegaron a esas cifras? porque esto para nosotros demuestra que acá hay tema estructural, es un tema multifactorial, porque si fuera uno el alumno malo, uno pensaría ese alumno tiene que estudiar más o tiene que empeñarse más para salir adelante, pero que todos estemos pasando por esta situación e incluso advierto algo, hoy las que están en verde y lo digo porque gremialmente me reúno, ya están dando cifras rojas en este primer semestre y aquí estuvo la gente de Sura, la gente de Sanitas, la gente de Compensar o sea que eso demuestra que aquí hay algo más de fondo y no simplemente un hecho de que estamos haciendo mal o bien el trabajo; y quiero referirme a mi entidad de la cual hago representación legal desde el año 2003 y tengo claramente su historia, más porque viene desde la formación cuando era una empresa solidaria, ¿me ayudas por favor?

Voy a hablar la situación de nosotros en diez (10) puntos; primero, hasta antes del 2001, 31 de marzo del 2001 nosotros dependíamos las del Subsidiado, de un pago que teníamos que cobrarle a todos los municipios, en el caso de nosotros a 200 municipios

con la ineficiencia institucional de muchos municipios en el país, en especial municipios de quinta, sexta, séptima categoría que no tenían la capacidad institucional y que muchos desviaron los recursos, los recursos a nosotros nos llegaban a cuentagotas, hoy nos pagaba un municipio, mañana pagaba otro y eso fue generando un acumulo de deuda, que al final afectó los flujos de caja y aquí de acuerdo que está la doctora Carmen Eugenia, se logró que de alguna forma eso se unificara en el ADRES por un Sistemas de Giro y Sucesión de Fondos, se lograba que por lo menos nos pagara una sola entidad y no tener que estarle cobrando a todos y afortunadamente con Decreto 1080 si no estoy mal, se logró que se reconociera parte de esa deuda con recursos del Fonpet, pero aún hoy a nosotros como Asmet todavía nos deben 10 mil millones de esa deuda, que tenemos incluso demandados a municipios por eso.

Pero lo pongo ¿por qué?, porque de ahí empieza parte del problema nuestro que es un tema de liquidez, hasta ahí no tenemos problema de desequilibrio operacional o ya empezamos a tener problemas de desequilibrio operacional, pero ya teníamos una variable en la operación es un tema de liquidez y yo creo que por eso pasamos todas las que éramos del Régimen Subsidiado, que teníamos que estarle rogando a cada alcalde, a cada secretario, para que nos pagara la plata, incluso mucha plata se perdió, porque la desviaron para otros temas, eso fue un primer punto.

Segundo punto para nosotros, ¿de dónde empezamos a distorsionarnos?; por dos situaciones y aquí sí quiero ser muy crítico, pero también muy objetivo al Ministerio de Salud, al Ministerio de Protección Social de esa época, por la Sentencia T-760 se obligó a que el Gobierno tenía que empezar a igualar los planes de beneficio y empezamos con los menores de 18 años, una situación que en cumplimiento a la sentencia lo hizo el Ministerio a través de un acuerdo del ADRES, el Acuerdo 011 de 2010, pero con una condición o con una variable, es que no se hizo los estudios actuariales adecuados; en el caso nuestro lo voy a plantear claramente para Asmet, esa población de menores de 18 años corresponde al 33% de la población afiliada a la EPS y esa población en momento que me igualaron los planes, me empezaron a dar una pérdida superior a los 60 mil millones por año.

Y entonces uno dice bueno ¿qué pasó aquí? incluso parte de la discusión que tuve con el doctor Félix Nates, me decía, pero es que la UPC ponderada de los jóvenes casi no consumen, es cierto, puede ser que los jóvenes casi no consuman, pero cuando consumen... consumen mucho más, porque ahí es donde están el gran grupo de las enfermedades huérfanas, de la hemofilia, para mantener embarazo en adolescentes, todo el consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental, todo el trauma de violencia, accidentes y violencia; y resulta que por esos usuarios a fecha de hoy, voy a poner la UPC de hoy, por cada usuario señores Congresistas

recibimos \$426 mil de UPC promedio año, ojo los ponderadores se mueven en unos rangos pero ese grupo y eso es algo que siempre le he insistido al doctor Nates en sus estudios técnicos, si bien es cierto uno dice la UPC alcanza o no lo que sí es, que la UPC hoy es deficitaria en algunos grupos etarios, en especial esa población joven, porque en algunos casos no recibimos ni 300 mil pesos por un joven al año, pero un simple muchacho de estos que nos caiga en consumo sustancias psicoactivas, que se vuelve un paciente crónico, ya se consume 20 o 30 UPC, un paciente con hemofilia, una paciente con una Mucopolisacaridosis, se lleva todo lo que quiera de eso, por eso ese grupo etario nos está dando a nosotros en promedio una pérdida 60 mil millones por año.

Y lo pongo porque desde ahí empezamos nosotros a empezar a deteriorar nuestro estado financiero, posteriormente el Acuerdo 027 y posteriormente sí creo que fue ese... y el 032 ya unificó todo el POS, todo el Plan de Salud, Subsidiado y Contributivo, pero con un agravante para nosotros y que lo hemos reclamado aquí a través del gremio, de Gestar salud y creo que todos, ¿de por qué no sé igualó la prima UPC?, que hasta apenas el año pasado, la dejaron, la pasaron de tener una diferencia con la del Contributivo de un 11%, estamos ahora cercano 5.3, pero ese desbalance que obedeció a un mal cálculo actuarial por parte del Ministerio, hizo que nosotros acrecentáramos a partir del año 2011 más y más y más pérdidas ¿Por qué?, porque la UPC empezó a ser insuficiente, sigue... y empezó a ser insuficiente ¿por qué?, yo sí quiero aquí y eso es algo, ya hay un estudio, claro técnico, que es que la siniestralidad en el país se comporta diferente dependiendo de regiones; la Costa Atlántica tiene una siniestralidad muy diferente a la que tiene la Zona Andina y dentro de la Zona Andina hay un comportamiento muy diferente a lo que tiene la zona rural, a las a las capitales; y yo creo que esto es claro desde el punto está actuarial, sí estamos hablando de un tema de seguros, la prima tiene que ser calculada de acuerdo a los riesgos, hoy la prima en ciudades como... en departamentos como Antioquia, en una ciudad como Medellín, como el mismo Cali Bogotá, ni siquiera la del Contributivo Plena, alcanza a financiar todo el Plan de Salud de acuerdo a la demanda que tenemos.

Nosotros desafortunadamente por la zona donde operamos, justamente coincidimos en todo el cordón, toda la Zona Andina y los Santanderes donde tenemos una alta siniestralidad y voy a poner un ejemplo para... doctor usted que es médico y los que son médicos aquí en este sector, que creo que son todos, en el Eje Cafetero, tenemos el tres (03) veces la tasa VIH del país, en el Eje Cafetero tenemos casi 2.5 veces la tasa de cáncer, en comparación con el resto del país y eso deriva temas de alta siniestralidad.

El otro tema es y lo dijo aquí el doctor Homero, eso de la ineficiente gestión del riesgo de salud y yo ahí sí quiero hacer un tema compartido, yo creo que ha sido una responsabilidad también de nosotros las aseguradoras, pero también ha sido

una un factor que se ha ido agravando, porque desafortunadamente a nosotros nos obligaron a tener un matrimonio a la fuerza con la República, además con un suegro que no ayuda que es el Gobierno, ¿por qué porque se entiende que la República es la llamada a ser la puerta de entrada de nosotros los de Régimen Subsidiado al Sistema, es por ahí donde va a entrar y nosotros hemos venido desde hace mucho tiempo con ellos contratando todo el tema de la promoción y prevención e incluso algunos servicios de morbilidad, de morbilidad general como puerta de entrada al Sistema, pero desafortunadamente como lo dijo el doctor homero, la resolutivez del primer nivel, cada día es menor e incluso, cada día le ponen más normas que hacen, que no, que esa capacidad resolutivez se disminuya, ya casi que el médico general y lo digo como médico, yo soy médico de vieja data, pero yo hice rural en Guapi y yo en Guapi como medico hice colecistectomías, apendicectomías, histerectomía y no me pasó nada, pero ahora a un médico general no se le ocurre hacer eso, porque la norma no le permite, ni los riesgos jurídicos a los cuales se somete, entonces...

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Dos minutos...

Presidente de Asmetsalud, Doctor Gustavo Adolfo Aguilar:

Entonces ¿qué está pasando con eso?, que esto ha hecho que el primer día se volvió un remitidor como lo dijo y está llevando a que la balanza de costos hoy voy a hablar casos concreto de Asmet, esté mal distribuida; el 55% de los pagos que hago de servicios en la entidad, corresponde a servicios de alta complejidad, el primer nivel han estado pagando el 27 de acuerdo a la facturación efectiva y el segundo nivel se lleva el 18%, cuando iba a ser al contrario, si el primer nivel es más resolutivez debería de llevar más parte de los recursos y realmente hoy más del en el primer día de resolver para el 80% de los problemas; sumado a eso el tema de la modalidad de contratación que hemos tenido históricamente, que ahora en nuestro Plan de Recuperación hallamos a un mix de compartir riesgo en la contratación con los aseguradores, que eso también lleva que los incentivos realmente están desalineados.

Otro punto adicional, estoy hablando de la situación nuestra que ha llevado también a deterioros, la compensación a la cuenta de alto costo; mire, una crítica que nosotros hemos hecho siempre al Gobierno, es que cuando se hizo el cálculo de la fórmula de compensación del alto costo, no se tiene en cuenta sino el egreso, pero no el ingreso, la UPC social siempre ha sido inferior al contributivo, pero nos ponen a compensar al del Régimen Contributivo y cifras de nosotros, así me saluda con ha compensado en la cuenta de alto costo en lo que va corrido de esta década, más de 50 mil millones de pesos que yo quisiera, invitaría a las demás del Subsidiado, que hiciéramos ese cálculo ¿cuánto hemos aportado históricamente nosotros que al final

salen de nuestro patrimonio? sale nuestro flujo más de 50 mil millones.

Ya para terminar, el tema de las restituciones de la base única de afiliados, una discusión que tenemos, la doctora Elisa lo dijo ahora, nosotros consideramos que hay un tema de procedimiento, nosotros no nos hemos apropiado de UPC, la UPC, la liquida, la LMA a partir de abril del 2011; nosotros no podemos cruzar con los regímenes de excepción como Fuerzas Militares, Magisterio y ahorita nos están haciendo unos descuentos que para el caso nuestro, están superando más de los 100 mil millones de pesos situación que agravaría más la situación de nosotros y que hemos sido claros, que no debe superar los dos (02) años hacia atrás, como lo estableció la Ley 1753, 1797 aprobada por el Congreso de la República.

Y por último, sigue por favor, el tema de los No POS que para nosotros hoy, señores Senadores y Representantes ya significa 196 mil millones y aquí le hago la respuesta al doctor Juan Carlos Giraldo, el dicho de él que nosotros estemos hoy con esas carteras con morosidades, es que gran parte de la plata está ahí en el No POS; esa plata de los No POS no es de allá de nosotros, las EPS, esa plata de las IPS, que ya prestaron ese servicio y resulta que no nos toca cobrarle a 12 departamentos, de esos tengo cuatro (4) departamentos que ni siquiera me quieren recibir recobros y tengo ya más de un año recobros por el orden de los 70 mil, de los 70 mil por encima de un año de morosidad, deteriorando más nuestro estado financiero ¿sí?, Ahora, ¿qué ha pasado con nosotros?, eso es ¿por qué hemos llegado y ustedes ven que son factores acumulativos que ya no a que se fueran deteriorando nuestro patrimonio?, pero frente a eso ¿qué hicimos? partiendo de los nuevos requisitos de habilitación financiera y teniendo en cuenta como dijo el doctor Homero, una solidaria no se puede capitalizar, nos tocaba coger fuera los 25 mil asociados de Asmet y cada uno dar cerca de casi 16 millones de pesos, teniendo en cuenta que es un estrato uno y dos.

Nos vimos obligados y amparados en la norma, en transformarnos y también hicimos una Escisión Impropia, que se protocolizó través de la Resolución 127, aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud en enero del 2018; en ese Plan de Recuperación, nos acogimos al Decreto 718, que nos da diez (10) años para recuperar patrimonialmente la empresa y cumplir con los requisitos de patrimonio mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de reservas.

Ese ejercicio lo hicimos a través de un Plan que tiene dos componentes, un componente es concurrir el defecto patrimonial acumulado, que ustedes lo ven en las cifras, que para lo cual planteamos en nuestro Plan tres componentes: uno, la capitalización de acreencias con prestadores, que ya la vamos haciendo, estamos en orden ya se ha capitalizado cerca de 30 mil millones, capitalización con fondo de inversión, tenemos una banca de inversión que en este momento ya tenemos unos *teaser* distribuidos

con varios fondos de inversión, estamos hablando con 6-7 fondos de inversión, que de alguna forma se ha visto un poco distorsionado, porque hay cierta incertidumbre en invertir en el sector y el otro la capitalización de utilidades que está planteado en la producción de nosotros a partir del año 2020 y el otro es no generar más pérdidas y para eso estamos haciendo la implementación de nuestro nuevo modelo de atención en salud llamado MAIAS, con el cual ya estamos disminuyendo la siniestralidad, hemos bajado la siniestralidad cerca de diez (10) puntos, en este momento estamos casi trabajando a equilibrio, ya no estamos dando perdidas, pero la idea es empezar a hacer ese ejercicio.

¿Cómo está planteada esa recuperación? como ustedes lo ven ahí en ese cuadro, nosotros, el Plan de nosotros se aprobó de esta manera, recuperar patrimonialmente y cumplir con requisitos de habilitación financiera en esa proporción; ya estamos en el año ante la Super el año dos, para nosotros el año, uno teniendo en cuenta que se aprobó el año pasado, estamos en un 3.5 recuperación luego 5 y acumulativamente llegar al 100%. Algo adicional, también para el tema generar confianza, nosotros arrancamos como SAS, a partir del 1 de abril del 2018, hoy a la fecha las SAS ha apagado el 70%, casi el 70% de la deuda que dejó la mutual a 31 de marzo y eso sí quiero ser claro ¿s? hoy tenemos acumulada deuda de lo corriente y por eso estoy más del No PBS, que no han pagado y de alguna forma todavía estamos en ras y estamos buscando rápidamente los recursos frescos de capitalización, pero para que quede todo claro, nosotros ya de la deuda que entrego en el proceso de Escisión, la mutual al a SAS ya hemos pagado cerca del 70% de la deuda. Muchas gracias.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Muchísimas gracias a usted doctor Gustavo Adolfo Aguilar. Le damos la palabra al doctor Juan Pablo Silva Rúa, Presidente de Salud Vida.

**Presidente de Saludvida, doctor Juan Pablo
Silva Rúa:**

Bueno, muy buenas tardes para toda la Mesa de Trabajo y para todos ustedes en el día de hoy; yo voy a tener y voy a hacer un ejercicio muy similar como el que el doctor Gustavo Aguilar hizo, dado a qué efectivamente nosotros ya radicamos el cuestionario, no obstante, a lo largo de mi presentación tocaré muchos de los puntos de los cuales se contestaron en ese cuestionario que ya nosotros enviamos a la Comisión.

Primero que nada, para poderlos contextualizar un poco Saludvida EPS está en 17 departamentos; de esos 17 departamentos tenemos un 1.063.081 usuarios, en esos 17 departamentos, el Régimen Subsidiado para nosotros corresponde el 92% de nuestra población, el otro 8% está en usuarios del Régimen Contributivo; es mi deber como administrador de esta entidad, poderle sustentar el

por qué Saludvida EPS puede salir adelante, cómo lo va a realizar, por supuesto qué dificultades ha venido teniendo a lo largo de esta implementación del plan de acción en pro de poder mejorar nuestro funcionamiento y garantizar una mejor articulación de los servicios en atención de salud, para todos nuestros usuarios en todo el país.

Primero que nada, los últimos cinco (05) años, que han sido los años en donde la EPS ha venido teniendo esta medida de vigilancia, podemos identificar una tendencia a la baja en la siniestralidad del costo en salud de la EPS a lo largo del tiempo, esto indica que existe un plan acorde a unas necesidades particulares de los diferentes procesos, por eso se ha venido presentando en principio un plan de reorganización, en donde se planteaba toda una reestructuración de procesos al interior de la compañía, para seguir evitando las ineficiencias que veníamos teniendo a lo largo de esa interacción con las IPS-OS, en los diferentes departamentos. Se presentó un plan de ajuste financiero a la Superintendencia de Salud el 6 de junio, por supuesto el cual hasta el momento no ha sido aprobado, eso no quiere decir que hemos venido implementando y a lo largo de esta misma implementación pues podemos ver resultados como los que estamos viendo en las pantallas en este momento; es una disminución de más de 27 puntos porcentuales en la siniestralidad. Vuelvo y repito creo, que nunca un plan de acción se puede hacer en unas comparalidades de tan corto plazo, mi particularidad en este caso en la empresa lo que nos permite a nosotros es esa disminución y esa transitoriedad al éxito frente al control y disminución de ese costo administrativo ha venido siendo exitoso, por supuesto a través de la implementación de nuestro nuevo modelo en atención en salud.

Un nuevo modelo de atención en salud que ha venido migrando a lo largo del tiempo, son más de 3-4 años de estarlo estructurando, modificándolo con base obviamente en todas las normas y los direccionamientos que tanto la Superintendencia como el Ministerio de Salud nos ha venido direccionando y capacitado para poder crear las rutas adecuadas en la atención en salud. La siguiente diapositiva, ya les hablo un poco más del gasto administrativo, generamos la misma tendencia hemos podido reducir 14 puntos porcentuales frente a lo que es la administración de todo este gasto como tal, esto también acontece y esto también va a lugar resaltarlo dado a que estamos cumpliendo como tal con las diferentes normas de provisión de gasto, normas de administración como tal de los diferentes recursos y nunca excedernos en el mal uso de los recursos, para poder estructurar esas estructuras organizacionales que se necesitan para el cumplimiento de la atención a nuestros usuarios.

No obstante sí quiero resaltar un poco la línea, la línea que está por encima que es la línea morada, la línea morada estamos mostrando ya un gasto con el deterioro en donde estamos provisionando en un 90% sobre todo lo que nos alude la norma NIF, de todo lo que son cuentas por cobrar a 365 días,

esto el ejercicio tanto en el flujo de caja, como en el balance final también nos impacta mucho en el deterioro patrimonial y por ello sí aplaudo en este momento estar encaminados a la Ley de Punto Final, dado a que financieramente por flujos de caja esta mala práctica nos está impactando enormemente en nuestro estado de resultados; para detallarles un poco y poder seguir de pronto mostrándoles cuanto nos ha impactado en nuestro balance de todas estas cuentas que hemos venido deteriorando en los últimos 5 años, solamente hemos podido recuperar 24 mil millones de pesos.

Esto es algo así como el 19% de todo lo que hemos radicado, tanto a entes territoriales como en su defecto Fosyga y ahora ADRES. Aquí pues ya les puedo les hago un poco más desagregado el 100% nuestro, el total nuestro son 100 mil millones de pesos alrededor de lo que en este momento nosotros no hemos podido recuperar por parte de los diferentes entes gubernamentales, que nos están adeudando estos recursos que efectivamente nos impacta como tal la eficiencia en la calidad de la caja o más bien en el uso de la caja, en el momento de ser necesario para una mejor política deliberación de esos recursos.

Esos 100 mil millones de pesos que les estoy citando ahí, el 90% ya están siendo 100% provisionados, se han llevado directamente al PIG, obviamente esto nos ha...nos viene sumando como tal a todo lo que es nuestro deterioro; bueno, aquí también resalto exactamente lo mismo, ya los estoy discriminando como tal por los diferentes departamentos o gobernaciones que tenemos, como bien les digo son 17 departamentos donde nosotros hacemos presencia, también padezco un poco el problema que tenemos inclusive gobernaciones que... que ni siquiera nos han hecho auditorias, por lo tal no tenemos una certificación de deuda soberana para pues intentar hacer algún tipo de negociación y pues por supuesto, vuelvo y repito que si aplaudo como tal esta iniciativa de poder sacar adelante estas acreencias a través del Plan de Punto Final.

Bueno, en esta diapositiva quiero sobre todo resaltar ese porqué les digo que, como Juan Pablo Silva, Administrador en este caso particular de la EPS Saludvida, si la podemos sacar adelante. A ver, nosotros veníamos teniendo unos impactos enormes como lo pueden ver en la pirámide ascendente, dónde está la pérdida, eso era lo que veníamos acumulando año tras año, por diferentes variables, ¿sí?, obviamente los ejercicios financieros nos impactan de todo lo No PBS, lo teníamos que llevar al PIG de esa de esa financiación por parte de nuestro flujo de caja de UPC, si nos generaban un impacto, también nos generaban impactos e ineficiencias de rutas adecuadas en la prestación de servicios, los modelos de contratación, que también que junto con el Ministerio todas las alternativas que nos han permitido explorar en este momento, poco a poco, nos ha venido mejorando como tal el flujo de administración, como tal como le digo yo, de esa de esa interacción entre IPS y usuarios.

Nuestro Plan de ajuste también basado en el Decreto 718, nosotros no estamos pidiendo en el caso nuestro, somos una entidad 100% privada, nosotros no estamos acudiendo a ningún tipo de escisión, pero sí estamos acudiendo a la temporalidad que nos da la 718; si bien hay una, como le digo, hay una tendencia a la baja de la acumulación de esa deuda que es lo que de alguna u otra manera puede sustentar todos esos planes de organización al interior de la compañía, entre tipo de procesos, modelos en atención en salud, la articulación completa de todas las cohortes desde la puerta de entrada hasta la administración ya del paciente como tal, sin estrado para garantizar la mejora o el mantenimiento en ese estado del paciente, pues nos ha venido empezando a demostrar eficiencias en temas de contención de dinero.

Tenemos un proyecto como bien les digo ya radicado ante la superintendencia de salud en donde a partir del 2021 empezamos a generar eficiencias, esas eficiencias obviamente van a ir de la mano de una gran tarea que tengo en mis manos, que es poder hacer una capitalización para poder terminar de enervar ese detrimento patrimonial que actualmente nos estamos llevando (pásame por favor) y aquí un poco se los quiero exponer, nosotros si bien ustedes vieron que los números verdes que les estaba reportando, pues no serían suficientes para enervar el 100% de ese deterioro, se está proponiendo como tal también por parte de nosotros una capitalización completamente *cashing* como llaman en el sector financiero, para poder aliviar acreencias tanto de los de las entidades públicas como de las entidades privadas.

Salud Vida en este momento ya está en una etapa muy avanzada frente a estas capitalizaciones, creo que llevamos casi... casi algo ya estamos por cumplir los dos años en esta fase, poder salir y estructurar un plan de acción no solamente para la Superintendencia de Salud, Ministerio, sino también para un tercero que se interese como tal en una organización y crea como tal en ese futuro, pues no ha sido sencillo, a Dios gracias, estamos en una fase en donde ya todo el debido proceso lo hemos culminado, estamos en una fase de negociación; sin embargo aquí también quiero resaltar y una petición muy grande es, de que yo creo que yo muy particularmente Juan Pablo Silva, he pasado por alrededor de unos 5- 6 inversionistas extranjeros, es únicamente me he sentado con uno nacional y el 50% de los capitalistas de inversión extranjera no están viendo una seguridad jurídica en nuestro Gobierno, tienen mucho temor de que los recursos o los dineros que ellos vayan a capitalizar no sean como tal respetados en eventualidades futuras o en Gobiernos o en administraciones siguientes, hay una ley que quisiera citar, que es muy reciente que es una de las que de alguna u otra manera, particularmente en mi proceso de capitalización, dos (2) inversionistas están en este momento a la espera de que se enorme adecuadamente y que se le hagan

las explicaciones pertinentes para garantizar como tal esa continuidad, que es la Ley 1966 del 2019.

Y quiero citarlo muy particularmente por lo siguiente: únicamente el artículo 613, el cual establece que se considera una práctica riesgosa en el Sistema de Salud; el pago de acreencias a los socios o entidades que tengan participación en las entidades aseguradoras en salud, sin haber solventado en primera instancia las obligaciones con sus acreedores externos, palabras más palabras menos, quieren decir que si viene un capitalista y tiene algún tipo de acreencia pendiente, no podría de alguna manera tener un tipo de verticalización por supuesto, dentro de lo permitido de la Ley 1122. Es un tema de interpretación, que creo que y les estoy solicitando de pronto pidiendo sí, poder tener esos espacios de aclaración para estos terceros que sí están muy interesados en traer capital y recursos a nuestro país; desafortunadamente digo para nosotros como país, dado a que el dólar nuestro se ha venido de incrementando, pues el peso colombiano se ha venido devaluando tanto frente al dólar, si encontramos un gran abanico de posibles inversionistas.

Por supuesto que con la Superintendencia de Salud, estamos en un proceso donde se los estamos presentando, teniendo claro teniendo y cumpliendo por supuesto, todo el Plan de Desarrollo Nacional en donde ahí pacta los diferentes requisitos mínimos de habilitación por parte de estos terceros, que deben entrar a capitalizar a cualquiera de las entidades promotoras de salud.

Quiero resaltar también, que no solamente venimos desde Salud Vida en un plan de capitalización, buscando plata como bien les mencioné, venimos reduciendo la siniestralidad, venimos de alguna u otra manera implementando planes de acción al interior de nuestra organización, también hemos venido generando una política de pagos hacia la red pública.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Un minuto más, tratemos de ser un poco más concisos, doctor...

Presidente de Saludvida, doctor Juan Pablo Silva Rúa:

Gracias. En esta política de pagos a la red pública, Salud Vida puede demostrar que ha reducido casi diez (10) puntos porcentuales frente a la deuda total corriente que tiene con estas organizaciones en el último año y esto lo venimos haciendo desde noviembre... de noviembre del año pasado hasta el día de hoy, una cifra interesante que podemos ver, el costo de mi red pública en este momento es de 312.000 millones de pesos y a lo que va de hoy de julio como tal, hemos pagado 344.952 mil millones de pesos; no obstante a esto, también hemos venido cumpliendo con una política también en donde de transparencia, en su momento junto con la Super se desarrolló una política también de Gobierno Corporativo y

demostrar la trazabi..., la transparencia frente a las vinculadas, que vinculadas no se entiendan como verticalización, pero vinculadas, en donde se redujo increíblemente pues todo lo que esto es una política de flujos adecuados y de libre competencia, tanto como lo dice la Cámara, la Superintendencia de Sociedades, como efectivamente Superintendencia de Salud a través de la de la Circular número 7, que hemos venido teniendo.

Todo esto que les estoy mencionando ya para para poder terminar, todo esto está soportado en un modelo en atención, esto también hace parte del Plan, les estoy hablando de que si se han hecho una cantidad de planes de reorganización al interior de la compañía, pues por supuesto nuestro modelo en atención en salud también ha emigrado y también se ha estructurado, se ha fortalecido como tal para garantizar una mayor, una mayor calidad en el tiempo. Esto, lo que nos ha permitido y esto es lo... lo que reflejamos de, de nosotros como como EPS, como una medida de vigilancia, en este momento tenemos el 49% aún no cumplido frente a todos los indicadores Fénix que nos mide la Superintendencia, para poder salir de esta medida de vigilancia; sin embargo, pues el 100% de este 49% los tenemos dentro de los planes de mejora y se le hace completamente seguimiento todos los meses con la con la revisoría fiscal.

Ahora sí, señor Presidente, para terminar solamente quiero decir dos cosas: esta política de... de incremento como tal en pagos a la red pública, también ha ido de la mano en intentar direccionar una mayor cantidad de eventos hacia esta red república; eso nos ha... esa política de contratación o de manejo como tal que hemos venido trabajando con las ESES, nos ha demostrado una alta falta de oportunidad, no porque no sean profesionales o no los tengan debidamente acreditados, sino que tienen una mayor demanda de lo que están ofreciendo y hemos tenido unas deficiencias en la prestación de los servicios, obviamente esto nos ha impactado enormemente en el último trimestre de nuestro año frente a temas de quejas de los usuarios, con la Superintendencia de Salud también nosotros nos encaminamos a hacer unas... unas estrategias de corto plazo, en donde este último trimestre ya teniendo la evidencia de esa falta de oportunidad por parte de los hospitales, para poder sustentar qué tipo de servicio finalmente nos vamos a poder garantizar a través de estas redes

Y ahora sí me perdonan pero ya, sí mi último punto y con este termino, es solo dejarlo en el ambiente, la siguiente diapositiva y con esta termino: a mí en particular como Administrador me tocó aprender bastante y eso está dentro de mis funciones, toda la legislatura de nuestro Gobierno frente a todos los procesos ejecutivos en el país; el año pasado Salud Vida tenía alrededor de 68.000 millones de pesos embargados en la Cuenta Maestra, pretensiones entre tres y cuatro veces lo que es la pretensión real, entonces sí hago ese llamado porque sé que la Procuraduría ha estado muy encima de

eso, la Superintendencia también, inclusive el ADRES también, de hacerle seguimiento a través del Consejo Superior de la Judicatura que esto no siga continuando, porque esta mala práctica lo que nos está quitando es flujo de caja para finalmente garantizar 1122 o el Derecho Constitucional a la Salud, como tal. Muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Perfecto doctor Juan Pablo, hay uno de los Representantes que tiene una pregunta puntual, pero antes todo eso está muy bien, pero a nosotros nos preocupa mucho ¿están ustedes un programa para sanear financieramente a la empresa?, pero ¿qué pasa con los pacientes? hoy Salud Vida es la novena de 40 EPS en número de tutelas por cada 100.000 usuarios, se tiene que ver reflejado el saneamiento financiero de la empresa en atención y eso es básicamente lo que piden los pacientes. Representante, tiene usted la palabra, doctor Correa.

Honorable Representante José Luis Correa:

Muchas gracias, Presidente, no, yo quiero hacer un comentario puntual, una pregunta puntual; yo tuve que llevar un proceso, una denuncia directamente a las instalaciones de Superintendencia de Salud. Insalud - Cúcuta tuvo una concertación de cartera con ustedes hace un par de meses, sobre 3.600 millones de pesos, ustedes prometieron un primer pago de 500 millones de pesos, pero comprometiendo las vigencias asociadas al giro directo, siendo esto obviamente algo ilegal, porque el giro directo está directamente relacionado, no para pagar cartera vencida sino para pagar todo lo que tiene que ver con servicios de salud prestados asociados a la cartera actual, ¿cierto? ¿Qué pasa con muchas de las entidades que hoy nos están poniendo las denuncias a nosotros con ustedes, que están prometiendo los recursos de giro directo para el pago de cartera vencida y que esos acuerdos no se están cumpliendo en más del 80% de las veces? Muchísimas gracias.

Presidente de Saludvida, doctor Juan Pablo Silva Rúa:

Doctor creo es más un problema de causación, que lo estemos comprometiendo a través del giro directo; si bien nosotros tenemos que pagar la cartera corriente a través de lo que recibimos por UPC, sí se hacen unos manejos de eficiencia, si se dieron cuenta a través de los gastos administrativos para poder cumplir con ese endeudamiento, ya finalmente la conciliación o la causación como tal de esos acuerdos, si deben ir como tal a recursos diferentes como tal a lo que es lo corriente, más sin embargo si esta respuesta no es suficiente, por supuesto que... que la podemos hondear y se la justificaré, cómo no.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchas gracias, doctor Juan Pablo. Vamos a suspender o aplazar más las intervenciones de la

EPS, porque el Ministro de Hacienda tiene ahora un compromiso en Presidencia; le vamos a dar la palabra para una corta intervención señor Ministro... o, exacto...

Ministro de Hacienda, doctor Alberto Carrasquilla Barrera:

Muchas gracias, señor Presidente, muchas gracias por la invitación, Presidenta de la Comisión Séptima; me parece que esta reunión este debate en el cual he aprendido enormemente tiene que ser permanente, tenemos que permanentemente estar interactuando y tenemos permanentemente que estar enfrentando los problemas porque se trata ni más ni menos que el que de nuestro Sistema de Salud, Sistema de Salud que yo creo que sí lo miramos objetivamente y ponemos tres piezas juntas, me parece a mí, que nos debe dar estímulo para poder trabajar las tres piedras juntas, es nuestra cobertura; nosotros en los contextos que anteceden la expedición de la Ley 100 teníamos un país básicamente sin acceso de la inmensa mayoría de su población al Sistema de Salud, hoy tenemos una tasa de aseguramiento que sobrepasa el 97%.

Segundo, tenemos unos indicadores en materia del costo para los usuarios realmente muy razonables en comparativa internacional, la UPC por ejemplo en el Régimen Contributivo no alcanza a llegar a los 300 dólares, para poder comparar digamos primas de aseguramiento que en países avanzados sobrepasan los miles, los miles de dólares.

Tercero, no tenemos un cargo especialmente grande para los gastos de bolsillo, somos de los países con los gastos de bolsillo más bajos del mundo, con alrededor de 15 o 18% Y el cuarto se mencionó aquí, se discutió la cifra, se argumentó que no podíamos mirarla en abstracto, sino que teníamos que concentrarla, la satisfacción reportada encuesta, tras encuesta de las que hace el Ministerio de Salud, pero también de entidades independientes en la materia de la satisfacción de los usuarios.

Entonces tenemos cuatro pilares esenciales que nos deben dar toda la convicción de que nosotros, los problemas que estamos enfrentando y a los cuales me quiero referir, pues tenemos que tener la certeza de que hemos como quien dice hemos hecho avances gigantescos, no nos podemos dejar por la presencia de los problemas que estamos discutiendo acá, tener la menor duda de que estos problemas los vamos a solucionar.

Tenemos el problema de la deuda que es la materia, una de las dos materias de este, de este debate. En el tema de la deuda tenemos varios problemas, el principal quizás el más importante y más relevante, es el, ese digamos la prestación de servicios que no están incluidos en el contrato de aseguramiento, es decir todo lo que veíamos llamar el No POS, creando una serie de reclamaciones por parte de las aseguradoras hacia el Estado, cosa que ha ido creciendo, las cifras exactas pues las estamos desenmarañando con el fin de atender esto y a esto me quiero referir a continuación, pero en ningún

caso digamos se trata de cifras sencillas; estamos hablando de 5 billones o 6 billones y esas cifras se están perfeccionando. Vimos aquí las cifras muy superiores en términos de las cuentas por cobrar que tienen en su balance las IPS, esas cifras rebasan en mucho y aquí las vimos con toda claridad, pueden llegar a ser los nueve billones o los 20 billones dependiendo de que se incluya exactamente ahí; entonces, esas son cifras que tenemos que despejar y tenemos que aclarar exactamente ¿dónde estamos parados?, ¿cuáles son las cuentas por pagar?

En el caso del Estado, nosotros desarrollamos y estamos en el proceso de implementar el Acuerdo de Punto Final y el Acuerdo de Punto Final desde luego tiene una cantidad de componentes adicionales y es un Sistema que ha sido pensado con todo el cuidado, con el fin de que no sé no sea un acuerdo de puntos suspensivos, sino realmente un Acuerdo de Punto Final; para eso se tienen que combinar aspectos como la manera en que se calculen los precios de los diferentes tratamientos y los diferentes fármacos etcétera y se tiene que hacer con gran cuidado, tiene que haber una discusión sobre las arquitecturas de los contratos de aseguramiento, ¿cuáles son los rubros que deben componer esos acuerdos? de tal manera que el fin último que es tener un Sistema de Salud mucho mejor para todos los usuarios todos, los pacientes, finalmente se cumpla.

Y lo tercero, es en la parte financiera y nosotros ya tomamos esa decisión de pagar las deudas que están a cargo de la Nación, con digamos, con instrumentos financieros que están siendo diseñados para ese propósito, nosotros tenemos como Gobierno la total y absoluta certeza de que tenemos que cerrar ese capítulo de las cuentas por cobrar, qué están haciendo daño, que están haciendo, que son costosas que son difícilísimas de manejar en el balance de las de las aseguradoras y en él y por supuesto en el balance de las prestadoras del servicio; entonces esto es algo que nosotros trajimos al Congreso de la República, el Congreso de la República en la Ley del Plan discutió y vio con ojos buenos el par de artículos que sé que se discutieron ahí, son parte de la ley y nosotros estamos en este en este momento trabajando muy duro, para tratar a tratar de que ese Acuerdo Punto Final quede totalmente implementado lo más pronto posible. Con esas dificultades que hemos tenido, pero con la total convicción de que de que para allá vamos.

La segunda parte de lo que se preguntó y se nos hizo llegar las inquietudes del Congreso de la República, tiene que ver con las entidades intervenidas y los procesos de saneamiento específicos; ahí hay unos casos específicos, concretos que son parte de las respuestas que enviamos, pero el punto de fondo es, nosotros estamos junto con la Superintendencia de Salud resolviendo esos problemas, tenemos casos en los cuales ya afortunadamente se han cerrado en tiempos bastante razonables y con y con unos compromisos de recursos que fueron cuantiosos, pero que han permitido llevar a feliz término esas intervenciones en casos concretos;

existen todavía procesos que están al interior de la de la Superintendencia, estamos en permanente comunicación para que no vaya a faltar el respaldo del Gobierno como un todo a esos procesos que están en curso al interior de la Superintendencia y que hemos escuchado acá.

Vamos a seguir trabajando como lo hemos hecho y nuevamente el punto es que en algunos de los procesos quizás más complicados, más difíciles se trabajó, se le puso buena voluntad y finalmente se han llegado a feliz término; de tal manera que yo lo que diría es, tenemos unos problemas indiscutibles, aquí se están discutiendo con total y absoluta claridad, pero esos problemas los tenemos que resolver en la misma medida en que los grandes temas de nuestro Sistema de Salud, ya llevamos una generación completa progresando, mejorando, corrigiendo y tener hoy día los indicadores que tenemos, nos debe inspirar para resolver los problemas que estamos discutiendo acá, que en esencia son muchos problemas de recursos pero también como muy bien lo han explicado, problemas de ingeniería, problemas de operaciones, problemas de gerencia en muchos casos y con resultados que hemos visto que deben ser... que animan a que las cosas se pueden resolver. Yo dejaría aquí, esos son los puntos y las respuestas pues están en Secretaría. Muchas gracias, Presidente, muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Señor Ministro, solo nos sería que nos ayudara aclarándonos exactamente el cronograma en tiempos, para sanear, para esta Ley de Punto Final o sea, ¿hay algún cronograma en el Ministerio, de pagos? ¿Cuál sería ese plan?

Ministro de Hacienda, doctor Alberto Carrasquilla Barrera:

Si, nosotros tenemos la voluntad de que, al finalizar este año, hemos definido una fecha de corte que, si mal no recuerdo, es mayo de este año para tener el antes y el después hemos definido esa fecha de mayo y, por lo tanto, estamos corriendo para antes de terminar el año, tener esa, estar al día en lo posible, a final es algo; así lo pensamos siempre y eso son las fechas, digamos de corte que hemos definido.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchas gracias señor Ministro.

Yo sé que tiene que tiene un evento en Presidencia o en el Ministerio, pero me gustaría que nos dejara a alguien del Ministerio acá acompañándonos por favor. Ah okey, perfecto. Bueno continuamos con aquí está Cajacopí, Representante Legal de Caja de Compensación de Cajacopí, el doctor Daniel Castro Chamán, Daniel de Castro Chamán, o el doctor Joaquín Cortés. Bienvenido doctor Joaquín.

Delegado Caja de Compensación Cajacopí, doctor José Joaquín Cortéz:

Buenas tardes a la Mesa Directiva, a todos los presentes; en respuesta al cuestionario: ¿cuántos afiliados tiene actualmente la EPS, pues con estas a partir de mañana vamos a recibir también unos 2.500 usuarios en el Meta, pero ya llegamos a 1.002.291 afiliados, estos afiliados se encuentran en 111 municipios, en 8 departamentos, siete (07) de estos departamentos en la Costa Atlántica y uno en el departamento del Meta; la... esta población se encuentra distribuida en alta ruralidad con el 44%, dispersa el 8% y urbana el 47% eso nos suma el 100%.

En cuanto al resultado del estado financiero y patrimonial en los últimos cinco (05) años incluyendo del año 2019, es satisfactorio para la Caja de Compensación Familiar presentar que con la 2702 tuvimos un efecto negativo en el ejercicio los resultados con 16.296 millones de pérdidas y un patrimonio negativo de 5.124 millones; ya para el año 2016 se logró estabilizar e ir dándole cumplimiento a las nuevas condiciones financieras, para tener en el 2016 un resultado de 17.589 millones y un patrimonio de 12.465 millones, en el año 2017 las utilidades alcanzaron los 17.702 millones y el patrimonio 30.167 millones, el año 2018 los excedentes del ejercicio 19.891 millones y alcanzamos un patrimonio de 50.000, 59.000.000; en lo que va del ejercicio 2019 a julio reportamos utilidades por 14.258 millones y nuestro patrimonio con estas utilidades alcanzarían los 64.317 millones.

La pregunta sobre ¿qué recursos contamos para las situaciones imprevistas?, pues contamos con 25 mil millones 120.000 repartidos en Fondos de Inversión, en TES y en los CDT.

¿Cuánto hemos recibido por concepto de UPC y por recobros en estos últimos cinco (05) años? en el 2015 alcanzamos los 343 mil millones, 2016 fuimos creciendo 451 millones, 2017 568.000 billones, 2018 698.611 millones y esperamos pues a julio tenemos 476.000 millones, pero esperamos estar sobre los 950.000.000 a final de este año. De esos ingresos, 2 billones 529.000 corresponden a ingresos por UPC y a 9.000.000 millones 677 de recobros No POS.

¿Cómo está constituida nuestra red de prestadores? Por la IPS, por su naturaleza entonces tenemos en privado 412 entidades y en lo público 136; nosotros somos Régimen Subsidiado, tenemos la red pública en todos nuestros municipios y les cancelamos el 100% de los recursos cada mes, venimos consintiendo a la red pública, ayudarla y mantener los servicios siempre disponibles para nuestros usuarios. Por complejidades de servicios por nivel de complejidad, tenemos que en baja tenemos... en lo privado 67 instituciones, en lo público 109 de mediana 248 y 19 respectivamente y en alta, privados 55 y 6 respectivamente.

En cuanto a las deudas del Régimen Subsidiado a la fecha, tenemos 69.424 millones, esto entre las conocidas y las no conocidas y venimos cumpliendo con las condiciones financieras con todos los indicadores de las nuevas condiciones financieras, con las inversiones sobre las reservas y con el patrimonio adecuado. En cuanto a las cuentas por cobrar, el Estado nos debe por concepto de No POS 17.452 millones, con una concentración grande en el departamento de Córdoba, que lleva ya 3 años sin recibir, sin cancelar un peso; esto ha afectado el índice de quejas en cuanto a los medicamentos No POS, pues las instituciones responsables de entregar sus medicamentos No POS no han recibido recursos por parte de los entes territoriales.

En cuanto a la pregunta específica para las Cajas de Compensación sobre el impacto de la Ley 1929 de 2018, ha sido muy positivo porque permitió que con estos recursos fueron 2.500 millones, se pudiera abonarle o cancelar parte de la deuda a las instituciones públicas del país; toda esta... la metodología que se usó para el cálculo de las reservas, pues elaborada por la Superintendencia y todas estas cifras han sido certificadas por el revisor fiscal.

En cuanto ¿qué hacer para mejorar el Sistema de Salud? encontramos que es mejorar la relación entre las IPS y la EPS, en término de atención a los usuarios, porque en última eso va a afectar o positiva o negativamente a nuestros afiliados y hacer un seguimiento a la capacidad resolutive de la red pública, especialmente en la atención primaria. Esto pues ya no hemos hablado hace mucho tiempo y lo tercero es la unificación de la UPC en ambos regímenes; muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias doctor, anunciamos proyectos antes que se nos desbarate el quórum y ustedes en Cámara también y aparte de eso lea la Proposición del Senador Ritter y la Proposición de Reinvitación del Representante Legal de la EPS Barrios Unidos de Quibdó, el cual usted me reportó que no contestan, que no ha respondido el cuestionario; si no comparece después de esta otra invitación, sírvase señor Secretario de manera oficiosa, reportarlo ante la Corte Constitucional y así sea que ellos tengan que indicar que una medida policiva para conducirlo hasta nuestra Comisión, que se haga de esa manera, la Comisión Séptima tiene toda la capacidad y tiene toda la autoridad constitucional para poder citarlos y ellos tienen que comparecer.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

El señor Presidente autoriza que se anuncien para discusión y votación en la próxima Sesión de la Comisión Séptima del Senado del día martes 8 de octubre diez (10:00 a. m.), de la mañana, recinto de la Comisión Séptima, de conformidad con el

artículo 8° del Acto Legislativo 01 de 2003, Inciso último del artículo 160 de la Constitución Política, los siguientes proyectos de leyes:

Proyecto de ley número 266 de 2019 Senado, 027 de 2018 Cámara, por medio de la cual se establecen medidas para garantizar la prestación de servicios de salud oncopediátrica y se declara urgencia médica la atención integral a los menores con cáncer y se dictan otras disposiciones –Ley Jacobo–.

El señor Presidente autoriza al Secretario para que mientras salga publicada la *Gaceta*, se haga la reproducción mecánica por medios digitales del Informe que rindió la Comisión Accidental.

Proyecto de ley número 280 de 2019 Senado, 111 de 2018 Cámara, por medio de la cual se modifica el artículo 6° de la Ley 1251 de 2008 y se dictan otras disposiciones para promover el trabajo de adultos no pensionados.

Proyecto de ley número 089 de 2019 Senado, por medio de la cual se adoptan criterios técnicos y administrativos que garanticen el reconocimiento y pago de la pensión especial de vejez en el sistema general de pensiones, de los trabajadores que realizan actividades de alto riesgo para la salud y se dictan otras disposiciones.

Proyecto de ley número 042 de 2019 Senado, por la cual se dictan normas para suprimir y prohibir la contratación laboral, mediante Cooperativa de Trabajo Asociado y demás formas de tercerización laboral.

Proyecto de ley número 043 de 2019 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1780 de 2016 para introducir medidas afirmativas a favor del empleo y el emprendimiento de las mujeres jóvenes entre los 18 y los 28 años de edad.

Quedan así anunciados cinco (5) proyectos de leyes para votación martes 8 de octubre, diez (10:00 a. m.) de la mañana, recinto Comisión Séptima del Senado. Hay una Proposición Aditiva a las que se están desarrollando, que dice:

Para el Control Político a las EPS y al Gobierno aprobados con Proporciones 3- 4- 6- 7, cítese a las EPS de los regímenes especiales o de excepción, como la Prestadora de Salud de Ecopetrol, las Fuerzas Militares, del Magisterio, del Inpec, para que respondan el cuestionario que se extendió a las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y asista el mismo día en que se adelantará el Control Político las EPS indígenas o para la fecha y hora que para tal efecto se digne a fijar la Mesa Directiva y está la Proposición de Reinsistencia con relación a la renuencia de Barrios Unidos o Ambuq EPS, no contestan siquiera, no confirman el recibido electrónico, no enviaron respuestas y no están presentes en este citatorio, en razón de lo cual hay una Proposición firmada por el señor Presidente de la Comisión, que dice que se Reinsiste en volver a citar al Representante Legal de Barrios Unidos Ambuq EPS, para la próxima Sesión que se sirva fijarle la Mesa Directiva de la Comisión Séptima

del Senado o en su defecto darle traslado a la Corte Constitucional, para que se pronuncie sobre la no asistencia de esta EPS; son las dos (02) Proposiciones que hay, señor Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Señor Secretario de Cámara, anuncie proyectos.

Secretario (e) Comisión Séptima Cámara de Representantes, doctor Emiro Enríquez Gonzáles Martínez:

Sí, señor Presidente. Los siguientes son los proyectos que se anuncian para cuando se debatan proyectos de ley.

Proyecto de ley número 041 de 2019 Cámara, *por medio la cual se dictan normas tendientes a facilitar el acceso a la vivienda y fortalecer las medidas de saneamiento inmobiliario en áreas urbanas.*

Proyecto de ley número 61 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se establece el subsidio económico al adulto mayor y se dictan otras disposiciones.*

Proyecto de ley número 079 de 2019 Cámara, *por la cual se dictan disposiciones especiales para la consolidación y mejoramiento del hábitat, la construcción y el reconocimiento de la propiedad sobre la Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural (VIS) VIP y en el territorio nacional.*

Proyecto de ley número 017 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se establecen medidas de seguridad en ascensores.*

Proyecto de ley número 032 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se dictan disposiciones en materia de instalación obligatoria de bebederos, en espacio público.*

Proyecto de ley número 019 de 2019 Cámara, *por medio del cual se garantiza un salario mínimo justo.*

Proyecto de ley número 057 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se regula el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina, sin nicotina y se dictan otras disposiciones.*

Proyecto de ley número 120 de 2019 Cámara, *por la cual se dota a las mutuales de identidad autonomía y vinculación a la economía del país, como empresas solidarias y se establecen otras disposiciones.*

Proyecto de ley número 029 de 2019 Cámara, *por medio de la cual se establece un piso de aumento a los salarios pagados en el territorio nacional.*

Están anunciados los proyectos, señor Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias señor Secretario; entonces en cuanto a las proposiciones, señor Secretario de Senado, abrimos discusión, cerramos discusión.

Señor Secretario sírvase recoger la intención de voto.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Con el mecanismo de votación ordinario y señalado en la Ley 1431 de 2011, la Comisión Séptima del Senado aprueba las dos (02) Proposiciones, señor Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Continuamos con los citados; con el doctor Galo Viana Muñoz, Gerente de Mutual Ser. Doctor Viana, le pedimos... le damos la bienvenida a esta Comisión y le pedimos el uso racional del tiempo, nos quedan todavía cinco (05) representantes legales de EPS por intervenir y los Representantes y Senadores quieren hacer algunas anotaciones y aportes a este debate.

Gerente de Mutual Ser, doctor Galo Viana:

No se preocupe, con gusto voy a tratar de emular al doctor Juan Carlos Giraldo que es una metralleta para hablar y tirar cifras y datos todo enseguida y despierta la gente con eso, pero está muy bien. Mutualser es una EPS de la Región Caribe de Colombia tiene hoy 1.900.000 afiliados en 101 municipios, de ellos la mayor parte está en dos departamentos Córdoba y Bolívar, eso nos ha permitido una gran concentración de los usuarios; en Ciénaga Magdalena importante decirlo, tenemos 37.000 usuarios.

Hemos hecho un recorrido de larga data sobre el aseguramiento en Colombia y estamos en este momento, ahí están las cifras de nosotros en cada departamento, cómo estamos en el Régimen Contributivo, estamos en 133.000 afiliados que han sido producto de movilidad. La Superintendencia de Salud acaba de aprobarnos a nosotros la participación plena en el Régimen Contributivo, tarea que iniciaremos a primero de enero del próximo año; de las... este es el recorrido de nuestro pasivo... nuestros activo pasivo y patrimonio; como ven ustedes hay un patrimonio creciente, año tras año y eso ha permitido cumplir con todos los estándares del... que exige la Superintendencia Nacional de Salud.

Hoy cuenta con 152.000 millones de patrimonio; estas han sido los ingresos años tras años, este año tendremos unos ingresos por 1.7 billones de pesos, de eso el 94% de los recursos está invirtiéndose en salud, gastamos en administración más o menos el 5.2% y eso da el equilibrio financiero de la empresa. Importante señalarles que nosotros tenemos un flujo de pago muy acorde como dice la legislación, los prestadores de servicios de salud radican en su factura el día 20 de cada mes, tal como lo establece la norma, ese mismo día, una hora después nosotros, nuestro sistema de información monta en la página del Ministerio de Salud como está establecido los pagos que hayan sido radicados a ese día; el día 10, reciben su pago del 100% de la radicación que haya hecho; por lo tanto, nosotros tenemos unas

deudas por unas cuentas por pagar de unos 104.000 millones de pesos, con una reserva técnica de 154 mil millones de pesos, con unos ingresos mensuales de unos 120.000 millones de pesos. Si usted saca la cuenta quiere decir, que entran 120.000 millones pesos, nosotros debemos 104.000 millones y tenemos reservas por 154.000, salud financiera total, bien.

La segunda condición que nosotros tenemos es garantizarle a los usuarios una prestación adecuada de los servicios de salud; ha hecho el Gobierno evaluaciones periódicas de nosotros en cada uno de los años que lleva el *ranking* de EPS, son seis (6) *ranking* que ha hecho, cuatro (04) veces hemos sido primer lugar, una vez segundo lugar y una, décimo lugar lo digo en voz baja, dio como pena; pero ese ha sido nuestro comportamiento, garantizamos la atención basado en una estrategia que iniciamos hace más de 15 años, organizamos de los dos cercanos a 2 millones de personas que tenemos afiliadas, hay 531.000 personas que están en una corte de riesgo, es decir cada uno tiene una identificación de su enfermedad, de su patología, tiene una ruta de atención establecida y por eso podemos comprar servicios adecuadamente.

Nuestra red de servicios está constituida por una 480 IPS públicas y privadas. Entre las IPS tenemos fama de pagar barato, pero entre las IPS tenemos también fama de ser buenos pagadores, entre los usuarios tenemos fama de atenderlos de manera expedita, utilizamos también herramientas tecnológicas que permiten que los trámites que existan entre usuarios e IPS pagador sean expeditos, por lo tanto hay atención oportuna y se puede... uno puede tener, de lograr la satisfacción de los usuarios, que tal como lo dice la última encuesta da el 92% de satisfacción de ellos; bien, digamos que ahí están las como nosotros hemos cumplido el patrimonio adecuado, el capital mínimo y en la constitución de las reservas, año tras año, tuvimos un bache que está allá, pero en los dos rojitos que hay en el primer lugar haya que Mutual Ser, eso obedeció a que no había sido aprobada la reserva técnica de parte de la Superintendencia Nacional de Salud; bien, no todas las cosas son como nosotros quisiéramos, muchas cosas tenemos que mejorar y corregir, tenemos alrededor de unas 2.200 quejas mensuales que son resueltas antes de 3 días; tenemos una tasa de tutelas de las más bajas según la investigación y el reporte anual que hace la Defensoría del Pueblo que está unas doce (12) tutelas por cada 10.000 usuarios, pero estamos de las más bajas del país. Nos toca mejorar, quisiéramos mejorar más y eso nos puede ayudar mucho a una red de servicios integrada con nosotros integradas quiere decir en lo tecnológico, en la oportunidad de los servicios.

Finalmente ha dicho usted, que quería que algunas cosas pudieran uno presentar de mejoría; me saltan muchas dudas o alguna inquietud con las cifras que hace la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, 207 IPS y se le deben 9 billones de pesos, pero cuando uno ve cuánto es lo

que fluye de los recursos cada mes, es alrededor de 3 billones de todo el Sistema; entonces uno diría esas 207 IPS que hicieron la investigación de más de 25 años juiciosamente que se ha hecho, estarían como a tres meses, si uno dice eso es, pero es que en el país hay de alrededor de 1900 IPS, estamos tomando una muestra, puede que ahí la cifras tengan que hacerse algún estudio que posibilite que el país tenga cifras exactas y claras. Ha habido avances en toda esta política, pero nos falta un poco más para lograr este Acuerdo final que en buena hora el Gobierno ha hecho. Creo que el sector necesita un par de cosas, mucha gerencia y gerentes que sepan que tienen que administrar riesgo en salud y que tengan transparencia y que estos recursos son sagrados, primera cosa.

Lo segundo, que tenga una humanización de los servicios de salud para que el médico IPS y EPS entiendan que una persona cuando está enferma, requiere de mucha atención y que lo que uno debe volcarse es hacerlo rápidamente porque vale menos y si se hospitaliza, sáquelo del hospital porque le va a costar menos; nosotros tenemos el hospital más grande de la Costa, 3000 pacientes acostados en su cama, atendidos diariamente por equipos médicos que no permiten que la gente vaya al hospital, finalmente estamos teniendo ancianos que van en un drama a morir a los hospitales, sin el cuidado de su de su familia, sin la atención ni el cariño de la gente que ha vivido todo el tiempo con ellos, porque mueren en una Unidad de Cuidado Intensivo, Programa que van destinados cuidados paliativos también hemos organizado.

Finalmente, señores a pesar de las devastadoras cifras que uno ve en las presentaciones que han antecedido, tengo la esperanza de que podamos mejorar muchísimo; la mitad de los colombianos están mal asegurados, la otra mitad bien, pero pudiéramos tener un poco de esperanza si logramos poner un poco más de voluntad y esto se llama también a los a los ciudadanos. Sucede que la encuesta esa que ha salido en estos días, que califican los usuarios, la mitad de las personas acepta que ha tenido una recomendación para entrar a un programa de promoción de la salud, pero esa misma mitad reconoce que nunca cumple las orientaciones de los médicos, entonces son muchas las cosas que hay que mejorar; cuenten con que nosotros vamos a tratar cada día de hacer las cosas mejor, ese es nuestro compromiso con la sociedad. Muchísimas gracias a ustedes.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Doctor Viana muchas gracias; solo una pregunta, aquí como para que usted termine aclarar...o sea antes de que ahorita, lo van a lo van a bombardear a preguntar los colegas, pero ésta es clara: ¿acaba usted de ingresar a la atención del Régimen Contributivo, cuál es la expectativa ingresando eso?, porque a algunos colombianos nos preocupa, que por descuidar algo que está se está haciendo

bien, incursionar de pronto en nuevos modelos de negocios, se descuide un poco la anterior y lo segundo ya que usted llamó la atención de que su población está concentrada en un par de departamentos, cinco (5) departamentos ¿qué tanto le afecta a usted la liquidación de Comfacor? ¿Está recibiendo usted este gran número de pacientes que quedan en la región? ¿Tiene la capacidad para poderlos atender?

Gerente de Mutua Ser, doctor Galo Viana:

Bien por parte de nosotros tenemos hemos recibido 270.000 personas en los últimos dos años, hemos crecido el 20%, una tasa de 10% anual lo cual es mucho; hemos sido muy juiciosos de recibirlos usuarios y de saber que nosotros podíamos garantizar esa atención; Comfacor recibimos alrededor de 180.000 usuarios en el departamento, en Córdoba y lo que ellos tenían de Manexska recibimos alrededor de 100.000 usuarios más de la liquidación es. Tengo que decirles que de esas dos (02) EPS, nosotros hemos pedido, hemos bajado dramáticamente la tasa de tutelas con una estrategia, vamos a abrir las puertas, todo el que está enfermo y necesita los servicios los hacemos ya, después pensaremos y organizaremos cada corte de riesgo para que tenga una mejor atención. Si vamos a poder seguir soportando que entren EPS... que se liquiden EPS y nosotros recibir, le cedo respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud, ellos acaban de hacer de las más rigurosas visitas que hemos tenido nosotros en 27 años de existencia, nos han buscado todo, como dicen en la Costa, lavar, sacaron el mondongo y lo lavaron; totalmente, nosotras hemos entregado toda nuestra información sin ocultar nada, estamos esperando el plan de mejoramiento que nos diga para nosotros, ya podemos trabajar, pero le puedo asegurar a la Superintendencia, que como ya lo identificamos en la misma en la misma visita, tenemos una mejoría, bien.

Cada usuario que entra nuevo requiere el 8% de los ingresos, nosotros hemos decidido mantener Mutua, como una empresa de economía solidaria, no vamos a capitalizarla con esa estructura, queremos aprovechar unas ventajas quedar dando Findeter y el Decreto 780 para poder cumplir nosotros y doctor respecto al Régimen Contributivo, no nos enloquecimos, hace 6 meses nos dieron la autorización, no hemos recibido a los usuarios, estamos pensándolo bien, porque necesitamos dos cosas: tecnología y una red primaria de atención, por lo tanto, no lo vamos a hacer con mucho juicio, cuidando cada cosa no...no vamos a abrir todas las puertas, porque de pronto el crecimiento como siempre va a doler. Listo Presidente, ¿alguna pregunta?

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

No... no no más; muchísimas gracias doctor Viana. Le damos la palabra al doctor Javier Cárdenas, Gerente de Comparta EPS.

Gerente de Comparta EPS, doctor Javier Cárdenas:

Muy buenas tardes Mesa de Trabajo, Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara y Senado, Gerentes y participantes.

Comparta EPS, es una empresa del sector solidario, iniciamos con la Ley 100 y hemos venido fortaleciendo y trabajando en las bases sociales donde operamos. Comparta opera en 14-12 municipios con 2 que nos revocaron, 12 municipios, 264 municipios a nivel país, tenemos una población de 1.561.135; una población que ha disminuido desde la medida que nos dé la Súper, ya vamos a cumplir 3 años y hemos disminuido más o menos unos 500.000 usuarios en la medida, con dos revocatorias parciales, en cuatro en cuatro departamentos y obviamente la restricción de afiliación para el crecimiento de la población.

En cuanto a los estados financieros y patrimoniales de la EPS en los últimos cinco años (05), Comparta desde 2015 a 2018 veníamos con una... con un patrimonio positivo con corte a diciembre del 2018 y a corte junio de 2019; entramos con un patrimonio negativo de 169.000 millones de pesos este corte a junio, obedece al incremento en el costo de salud, obedece a varios factores que se presentaron y que la EPS identificó en una en una auditoría sistémica que hicimos a todas las redes servicios, en esto estamos nosotros en un plan riguroso junto con la superintendencia nacional de salud con corte y esperamos que con corte al 30 de noviembre tengamos ya una conciliación contable y financiera con toda la red de servicios, ya hemos avanzado nosotros a corte del mes de agosto, ya llevamos un porcentaje del 35% con la red convocada y adicionalmente estamos haciendo acuerdos de pagos con esta red de servicios, para poder cerrar conciliación contable y financiera de la EPS, nosotros...

En cuanto a la pregunta de ¿cuántos recursos ha recibido la EPS a su cargo de UPC y recursos ¿No POS?, en los últimos cinco (05) años; nosotros hemos recibido un total de corte a junio de 5.9 5.986.000 billones de pesos y en el No POS hemos recibido 136.475 millones de pesos, esto... esto nos lleva nos lleva a concluir que el flujo no ha sido oportuno en cuanto al No POS, ahorita más adelante vamos a revisar cuánto nos deben en No POS los entes territoriales y qué dificultades hemos tenido para poder recuperar esta cartera y cómo nos ha tocado castigar esta cartera de acuerdo al deterioro con corte al mes de junio.

¿Cómo se conforma y cómo está constituida la red de servicios?, la red de servicios por política de la EPS se le da prioridad a la red pública en principio los municipios, se hace una evaluación que se cumpla con la oportunidad, con la habilitación y unas condiciones que se exigen de acuerdo a la norma que está estipulada en la Resolución 429; cuando para la red de alta complejidad lo que nosotros priorizamos es que la atención este en el departamento si no, si no está y no hay la oferta de estos servicios en departamento, buscamos

una ciudad donde tenga la accesibilidad y la oportunidad para los usuarios. Nosotros contamos con 730 proveedores a nivel nacional en baja y alta complejidad este año la EPS generó una estrategia y fue disminuir el número de prestadores para que así mismo sea mucho más fácil contratar por rutas de atención integral, contratar dentro del modelo de atención que tiene la EPS comparta y eso nos ha generado un resultado interesante a la prestación de servicios a los usuarios.

¿Cuál es el monto que se le adeuda a la red de servicios con corte al mes de junio? Nosotros tenemos un corte de cuentas por pagar a la red de servicios de 323.557 mil millones de pesos; esto es lo que le adeudamos a la red, esperamos nosotros poder con el saneamiento financiero tener ya mucho más claro más real, el peso que llevamos junto con la conciliación contable y saneamiento contable y financiera. El monto que tienen los entes territoriales a Comparta en los 16 departamentos incluyendo los que nos revocaron parcialmente, está por la suma de 155.635 millones de pesos; este es un monto que ya tiene un deterioro de cartera, es un monto que esperamos con el punto final poder nosotros lograr... lograr qué haya flujo y poderle cancelar a la... a la... a la red prestadora. }

¿Cuál fue la metodología para dicho cálculo de los dos puntos anteriores? es una metodología que se elaboró y lo avaló la firma contadora e interventora que tenemos designada por la Superintendencia Nacional de Salud que es Baquer Antil, es decir, que las cifras que se están presentando están certificadas y avaladas por la firma interventora y estos son los datos que tenemos de la EPS Comparta con él con el tema financiero que es por la cual no están citando ustedes aquí hoy al Control.

Comparta EPS está en un propósito y es poder lograr tener unos estados financieros lo más lo más cercano a la realidad y lo estamos y lo vamos a certificar con liquidación y conciliación con la red de servicios; ese es el propósito Comparta, vamos a ver cómo queda el cierre nosotros aspiramos a que con esto cumplamos con todos los indicadores de habilitación con corte al 31 de diciembre pero de ser necesario Comparta está en la disposición o está en la voluntad de poder buscar recursos frescos; estamos en un proceso, presentamos un proceso de organización institucional en la Superintendencia, vamos a vamos a continuar con este proceso de ser necesario, pero lo mismo que queremos dejar aquí constancia es vamos a ver como se cierra los estados financieros, a ver si es necesario tener estas estos recursos y si fuera necesario tienen que ser recursos frescos que ingresen para poder, para que poder que ingresan al Sistema para poder cancelar a la red de servicios y este es el propósito de Comparta; siempre trabajando con cuatro principios desde que inició la EPS Comparta que es trabajar por el usuario, con una prestación con calidad con oportunidad y también trabajar con una transparencia en el manejo de los recursos. Entendemos que los recursos son públicos

y estos recursos se tienen que administrar con una transparencia al 100% que quede claro para todas las instituciones de vigilancia y control, eso es todo. Muchas gracias

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias doctor Cárdenas; tiene la palabra la doctora Carolina Pinzón, Gerente de Capital Salud.

Gerente de Capital Salud, doctora Carolina Pinzón:

Buenas tardes cordial saludo al doctor Fabián Gerardo Castillo, Presidente de la Comisión Séptima del Senado, la doctora Norma Hurtado, Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara, miembros de la Mesa Directiva, Honorables Senadores, Representantes a la Cámara, colegas representantes legales de EPS y demás invitados.

Primero que todo agradecer por este espacio en la cual las EPS podemos manifestar nuestras inquietudes y procedo con las respuestas a la proposición del día de hoy; ¿cuántos afiliados tiene capital en este momento? por el Régimen Subsidiado con corte a agosto de 2019 tiene 855.727 en la ciudad de Bogotá y 202.954 en la ciudad de Meta, para un total de 1 millón 58.381 afiliados; por el Régimen Contributivo que es por movilidad tiene 66.561 usuarios de los cuales 55.674 están en Bogotá y 10.887 en la ciudad de Meta para un total de 1 millón 124.942 usuarios.

¿Cuál ha sido el estado financiero y patrimonial de la empresa su cargo los últimos 5 años? Capital Salud viene en un proceso de recuperación, el Distrito ha hecho una capitalización desde el año 2016, a la fecha tenemos en capitalizado 220 mil millones de pesos y 120 mil millones que ingresarán finalizando el 2019; esto nos lleva a que podemos hemos subsanado pasado patrimonio de -500 millones de pesos a menos 200 millones en la actualidad; con esa capitalización se ha hecho acercamientos con todas las instituciones públicas y las instituciones privadas para hacer los respectivos pagos que competen en este momento, entonces ahí observamos el patrimonio del 2015, menos 554.000 millones de pesos y el patrimonio a julio del 2019 por -207371 millón de pesos. Los ingresos que ha venido teniendo la institución con corte a diciembre, que los cuales dan una de venir de una pérdida de menos 367.860 pesos, a unas utilidades de 106.981 pesos.

La tercera pregunta ¿cuenta con recursos o márgenes de acción ante situaciones imprevistas? en este momento no, Capital Salud lo que está recibiendo en capitalizaciones para pagos anteriores y lo que se gira por giro directo que es para la cartera corriente.

En cuanto a la cuarta pregunta ¿cuánto dinero ha recibido la empresa a su cargo por concepto de UPC y recobro No PBS? Observamos lo que se

ha recibido tanto por el Régimen Contributivo por movilidad, como lo que se ha recibido por Régimen Subsidiado; en el Régimen Contributivo tenemos aproximadamente año, 27 mil millones de pesos y en el Régimen Subsidiado más o menos 950.000 millones de pesos.

Sexto punto ¿cuál es el monto total a la fecha según usted de las deudas que tiene la EPS? perdón, Red de Prestadores, la red de prestadores que tiene Capital, Capital está distribuido en Bogotá, Villavicencio y 21 municipios del Meta. Actualmente tenemos 105 contratos de los cuales para la ciudad de Bogotá tenemos 54 contratos para el Meta 48 contratos y 12 nacionales, porque contamos con portabilidad.

Las cuentas que se adeuda por la EPS: actualmente adeudamos 309.000 millones de pesos, de las cuales de red privada es el 38.9% con 120.000 millones de pesos, la red distrital 134 mil millones de pesos, red pública de Metas 17 mil millones y red pública nacional 37 mil millones de pesos. El mayor porcentaje es glosas por conciliar por 176.000 millones de pesos. Lo que nos adeuda en este momento ADRES y el Fondo Financiero son 36 mil 018 mil millones de pesos, es lo que tenemos en este momento como deuda de lo cual 4.272 fueron los recobros de ADRES y de Fondo Financiero 45.303 millones de pesos, Secretaría de Salud del Meta 7.400 para un total de 57.000, que ya han sido cancelado. Es básicamente la proposición pues que se entregó, acorde a la solicitud.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

¿Alguna consideración o propuesta doctora?

Gerente de Capital Salud, doctora Carolina Pinzón:

Pues como consideración nosotros como Régimen Subsidiado llevamos ciertas desventajas, tenemos una UPC que no está igualada con el Contributivo, teniendo una población más siniestrada, ¿por qué más siniestrada?, porque nuestro modelo de atención es basado según la Ley 1122 por nuestra contrataciones 60/40, 60/40 público y 40% privado, lo que hace que nuestros hospitales actualmente no están llevando un modelo de atención adecuada con una caracterización a nuestros pacientes; ¿qué hace esto?, que el paciente llegue en una enfermedad ya que no podemos actuar de forma preventiva, sino ya curativa, lo que hace que el costo en el subsidiado sea superior. Nosotros que estamos en medida, en este momento, ¿qué sucede?, nosotros no podemos afiliar, entonces nuestros ingresos disminuyen, pero si el usuario presenta una calamidad o algo y está sin afiliación nos lo afilian a nosotros, que ya es un paciente siniestrado; eso también conlleva que nuestros ingresos sean menores y la siniestralidad tienda a aumentar. Nosotros tenemos usuarios que son vendedores ambulantes, son personas que no tienen un trabajo oficial, lo que hace que nosotros no podamos hacer recobro en ningún tipo de ARL y tengamos ese tipo de beneficios básicamente es como

revisar la UPC, el modelo de atención está basado mucho en médico especialista en este momento y no hay medicina general, lo que hace que los costos y la alta tecnología aumente los valores que sobrepasan la UPC que recibimos actualmente, es básicamente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Gracias doctora Carolina. Les damos la palabra al doctor Raúl Consuegra, Director Administrativo y Financiero de Anas Wayuu.

Director Administrativo y Financiero de Anas Wayuu EPS, doctor Raúl Consuegra:

Sí, ahí está bien muchas gracias un respetuoso saludo a la Mesa Directiva y a todos los presentes; quisiera contextualizar un poco de lo que es la EPS Ana Wayuu; es una Empresa Promotora de Salud Indígena, creada en el 2001, que inició operaciones con alrededor de 23.000 usuarios, en este momento la EPS cuenta con 195.167 afiliados, de los cuales el 70.91% es decir 138.401 corresponden a población indígena y el 29.09% corresponde a población no indígena, lo que equivale a 56.786 afiliados.

En cuanto a los estados financieros de la entidad durante los últimos cinco años, la EPS para la vigencia 2015 contaba con unos activos de 28.416 millones de pesos, pasivos de 23.445 millones de pesos y un patrimonio positivo de 4.971 millones de pesos. Para la vigencia 2016 estos activos estaban en 40.024 millones de pesos, los pasivos en 35.000 millones de pesos y el patrimonio en 4.703 millones de pesos, para el 2017 ya damos un salto en activos de 40.000 millones a 70.600 673 millones de pesos y un pasivo de 66.706 millones de pesos, para un patrimonio de 3.966. Esta variación está dada básicamente por la asignación que se realizó en abril del 2017 de 47.000 nuevos afiliados a la EPS, producto del retiro de varias EPS del departamento de La Guajira ordenado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Para el 2018 nuestros activos estaban en el 71 millón... 71 mil millones de pesos pasivos de 66 mil millones de pesos y patrimonio de 4.619 millones de pesos, para el 2019 nuestros activos están en el orden de los 70.000 millones de pesos y los 40 y los pasivos en 48.000 millones de pesos; hay una variación considerable en el patrimonio de 21 mil millones de pesos, en consideración a ajustes y revisiones que se realizó de la reserva técnica de vigencias anteriores, en concordancia con la liquidación de los contratos suscritos con la red prestadora, que nos permitieron adelantar este proceso. Hay que tener en consideración que estos son resultados de estados financieros intermedios a julio 31 del 2019; en cuanto a los recursos o márgenes de acción ante situaciones imprevistas, si la entidad lo cuenta o no, la entidad cuenta con su patrimonio para responder por esas acciones imprevistas, haciendo claridad que cuenta con unas reservas técnicas de 30.000 millones de pesos y recursos disponibles a la vista en cuentas

maestras, en entidades financieras vigiladas por la Superintendencia.

El dinero que hemos recibido durante los últimos cinco (05) años contados UPC y recobros por No PBS; el total de los recursos recibidos por la entidad por los dos (02) conceptos ascienden a 531.338 millones de pesos, de los cuales por concepto de UPC, corresponden 530.104 millones de pesos y por concepto de tecnologías no contempladas en el Plan de Beneficios, la EPS solo ha recibido 1.234 millones de pesos, que fueron recibidos en el año 2015 y autorizados a girar a la red pública en este caso de manera concreta, al hospital San José de Maicao. La EPS no ha recibido recursos de la tecnología No POS adeudados por el ente territorial que más adelante, en la pregunta que hace referencia les indicaré las cifras.

¿Cómo está conformada y por quienes está constituida la red de prestadores de servicios de salud de la EPS? Ana Wayuu es una EPS que funciona en los en siete (07) de los 15 municipios del departamento de La Guajira; su red está conformada por 25 en IPS de carácter público y 49 y IPS o Clínicas del sector privado dentro de los cuales encontramos Jomedical del tercer nivel de complejidad, Hospital San José de Maicao, IPS Hospital Armando Pavón de Manaure, Asociación de Cabildo y Autoridades Tradicionales de La Guajira, Unidad de Cuidados Intensivos Renacer, Medcenter Especializado, todas estas entidades en el departamento de La Guajira y por fuera del departamento de La Guajira, contamos con contratación con el Instituto Nacional de Cancerología, la Fundación Cardiovascular de Colombia, Clínica de la Costa, IPS Clínica San Martín, Centro Cancerológico del Caribe Cecac, Fundación Hospital Universidad del Norte, entre otras entidades.

Frente a la pregunta de ¿cuál es el monto total a la fecha de las deudas que tiene cada EPS con los actuales prestadores de servicios de salud? La entidad adeuda 12.715 millones de pesos, de los cuales el 97.91% está representado en cartera corriente, en ese orden de ideas nuestra cartera corriente está en 12.450 millones de pesos; tenemos una deuda equivalente al 2.06% entre 31 a 60 días que son 263 millones de pesos; me permito extenderme un poco en este punto. La EPS cancela a la red prestadora de servicio de salud dentro de los cinco días siguientes a la radicación de su facturación el 50% de los recursos radicados, mientras se surte el proceso de auditoría de esas cuentas y en un término no superior a los 60 días estamos cancelando el 50% restante. Cabe resaltar que nosotros radicamos cuentas desde el primero, hasta el último día de cada mes; no tenemos fechas límites de radicación, los prestadores tienen la facultad de radicar la facturación los 30 días de cada mes.

En cuanto al monto total a la fecha de las deudas que tiene el Estado para con la EPS. En este caso nosotros nos hemos visto bastante afectados por la falta de pago de las obligaciones por parte del ente

territorial, cifra que asciende a 6.831 millones de pesos representados en tecnologías no contempladas en el Plan de Beneficios, que van desde el año 2011 hasta septiembre del 2019, de esos 6.831 millones de pesos el 91.2% está representado en cartera vencida y 605 millones de pesos representadas en cartera corriente, que fue lo que se radicó en el último mes, previo a la respuesta de este cuestionario, representan el 8.8% de la obligación que tiene el ente territorial para con la EPS por tecnologías no contempladas en el Plan de Beneficio. La metodología del cálculo está determinada por los recobros... determinado por la sumatoria de los recobros radicados a la entidad territorial, sustentada cada uno de esos recobros con el... el soporte o la factura que ha asumido la EPS y ha cancelado previamente a la red prestadora de servicios de salud, porque esta es una situación muy particular que encontramos en el departamento de La Guajira y muy seguramente en otros departamentos, en los cuales la red prestadora, en aquellos casos en los cuales los departamentos asumieron el método de la 1479, no le suministran la tecnología No POS a los afiliados con cargo a el ente territorial, porque el recurso no fluye, entonces nosotros como EPS nos hemos visto obligados a cancelar los recursos para poder suplir las necesidades de nuestros usuarios, situación que de hecho nos ha afectado considerablemente; hoy en día esos 6 mil millones de pesos no valen lo mismo.

Los recursos no han sido auditados, nosotros no hemos recibido notificación del ente territorial sobre la auditoría realizada a esos recursos, en consecuencia, entendemos que por normatividad son recursos que de hecho o recobros que son aceptados por que, de igual manera, pues la norma establece unos términos, eh, precisos sobre los las fechas o los periodos para la aplicación de las auditorias y reconocimiento de esos valores; esto en cuanto a el cuestionario formulado señores de la Mesa Principal. Algunas recomendaciones importantes para el Sector donde nosotros operamos, que es el departamento de La Guajira y es la necesidad de que exista una intervención de los determinantes sociales; nosotros podemos hacer todos los esfuerzos que estén a nuestro alcance con los recursos que recibimos para atender las necesidades de nuestros afiliados, proponemos ejemplos muy puntuales, el caso de la desnutrición, nosotros podemos atender con nuestra red los menores que sufren ese problema, son atendidos pero después de que llegan a su lugar de residencia todo ese esfuerzo y toda esa inversión que se hizo, se pierde. Necesitamos urgentemente que se voltee la mirada hacia La Guajira, pese a todas las circunstancias que existen, somos, vivimos las dificultades con las cuales esa población sufre cada día y en estos momentos con el invierno es más difícil aún, porque podríamos pensar, hay agua, pueden este solucionar parte de sus problemas, pero resulta que se hacen las vías intransitables señores. Que importante es mirar hacia allá.

Otro factor importante es lo de la portabilidad, regular la portabilidad nosotros nos hemos encontrado

con una situación de que muchos de los usuarios se van a zonas dispersas del país o zonas lejanas de La Guajira y nosotros tenemos que entrar a atender sus requerimientos de salud en esas zonas, cuando no tenemos contratos con la red y la facturación de los servicios es a tarifa plena y no tenemos la posibilidad de ningún tipo de negociación, porque no podemos comprometer nuestro presupuesto firmando contratos con toda la red o cuanta red se encuentra en los diferentes puntos dónde están ubicadas población, producto de la portabilidad y me uno a lo manifestado por el doctor Gustavo Morales en cuanto a la metodología de techo; no podemos convertir la metodología de techo de una chequera que queda en manos de la prescripción o de la red prestadora; es necesario darle a las EPS elementos de control, no para convertirlo eso en un obstáculo para que no puedan acceder a la tecnología, sino que podamos efectivamente ejercer un adecuado control del riesgo, como va a hacerse a partir del primero de enero con el traslado o la implementación de la metodología de techo. Muchísimas gracias doctor.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Muchísimas gracias a usted doctor; le cedemos la palabra a la doctora Paola Gutiérrez de Piñeres de Coosalud, no, no la veo en el auditorio, ah, acá está se nos había...

Hay que aclarar que la doctora Paola por su EPS atender Régimen Subsidiado y Contributivo en la Sesión pasada, también no presentó indicadores financieros.

Delegada Coosalud, doctora Paola Gutiérrez de Piñeres:

Bueno muy buenas tardes para todos, señores presidentes de la Comisión Séptima Senado y Cámara, Senadores, Representantes, miembros del Gobierno y demás actores del Sector Salud Coosalud EPS en sus 25 años de trabajo en el aseguramiento de Colombia ha logrado a corte de septiembre 2019, 2 millones 274 mil 186 afiliados, lo que representa un 10.2% de participación total del mercado en Régimen Subsidiado; con presencia en 12 departamentos, pero con presencia en 23 departamentos por portabilidad. Esto nos lleva a estar en 271 municipios del territorio nacional, incluyendo un piloto especial en el departamento del Guainía, la concentración de mayor número de afiliados se presenta en los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia; nuestra población está distribuida etariamente por género un 48% en hombres y un 52% en mujeres, el 71% de nuestra población son menores de 44 años; la adecuada gestión de la salud comienza por la identificación de los riesgos de enfermar y morir de la población.

En esta lógica de pensamiento Coosalud EPS basa su estrategia de gestión de riesgos en salud, en la identificación, caracterización y segmentación de la población por grupos de riesgo, de tal manera que a la fecha Coosalud ha logrado caracterizar el 72%

de su población total, lo que nos lleva a que tenemos 1 millón 637 mil 056 usuarios caracterizados en debida forma, de los que hemos identificado 536 mil 789 usuarios con riesgos prioritarios, los cuales están siendo atendidos a través de nuestros programas de intervención del riesgo.

Así mismo tenemos 247 mil 147 pacientes con enfermedades crónicas y de los cuales han sido caracterizados el 94.8%, de tal manera señor Presidente, que atendiendo la pregunta que usted nos presentó en la sesión anterior de la semana pasada referente a la intervención que realizamos en el departamento del Guainía, el día de hoy estamos radicando ante la Secretaría de la Comisión, el Informe de resultados de la intervención. Coosalud inició la operación el departamento de Guainía el primero de mayo del 2016, en el marco del Decreto 2561 de 2014. La intervención se realiza bajo un enfoque familiar y comunitario, fundamentado en la diversidad étnica y cultural, basado en la atención primaria en salud; a la fecha tenemos 41 mil 378 usuarios, hemos logrado caracterizar 34 mil 84 usuarios y a partir de nuestro modelo de gestión integral del riesgo por ejemplo, habíamos identificado a 2.016 459 niños en menores de 5 años con riesgo de desnutrición y a 2019 este número se redujo a solo 57 casos de niños menores de cinco años en riesgo de desnutrición; durante las visitas de caracterización y seguimiento que hemos realizado, hemos logrado unas demandas inducidas de 30 mil 185 servicios, de los cuales hemos logrado canalizar a 11 mil 888 personas a que acudan a los servicios de promoción y prevención que se ofertan por el prestador primario del departamento del Guainía.

Así mismo, señor Presidente, Guainía es un departamento aislado con alta dispersión, tiene una infraestructura hospitalaria poco resolutive, esto ha llevado a que en el tiempo en el que Coosalud ha operado el modelo de atención se han elevado los gastos con los que tenemos que incurrir en traslados aéreos, transporte fluviales, terrestres, gastos de alojamientos en hogares de paso y demás y esto, a la fecha de corte enero a junio del 2019, hemos gastado más de 2.200 millones de pesos, solo en gastos logísticos de los cuales 890 millones de pesos se van en tiquetes aéreos comerciales, esto señor Presidente para anunciar que la UPC con la que Coosalud inició la operación en el departamento del Guainía, incluso era una UPC menor a la que tenía el operador anterior y que si esto lo comparamos la UPC actual que corresponde a 877 mil 633 pesos, es la UPC con la que Coosalud opera hoy, la comparamos con la UPC indígena, porque nuestra UPC no es indígena, es una UPC especial, tenemos una diferencia de 42 mil 217 pesos, esto para decir señores del recinto que en efecto está haciendo muy costoso, los gastos que estamos asumiendo desde Coosalud para la operación del departamento del Guainía y sí pedimos que sea revisado por parte del Gobierno, la UPC que tenemos asignada para el departamento del Guainía.

En relación a nuestra situación financiera y patrimonial a 2017, la Superintendencia Nacional de Salud, aprobó a través de la Resolución 2427 el Plan de Reorganización Institucional a partir del cual Coosalud Cooperativa realizó una Escisión Impropia de la Unidad de Salud a una Sociedad Anónima, la actual Coosalud EPS ésta reorganización responde a la planeación estratégica que Coosalud en función de anticiparse al fortalecimiento del cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera y abriendo por supuesto las puertas a un proceso de capitalización. Con este paso Coosalud inicia la apuesta por el cumplimiento de los mandatos incorporados en las Circulares 004 y 008 a partir de lo cual hemos establecido nuestro programa de gobierno, riesgos y cumplimiento, lo cual está orientado a custodiar nuestra excelencia operacional. El enfoque de riesgo nos ha orientado a incorporar como auditor externo a una de las compañías con mayor posicionamiento mundial Ernst & Young y como auditor interno a KPMG, estos dos firmas de talla internacional aportan a nuestro sello de calidad y el cumplimiento de uno de nuestros objetivos estratégicos de lograr a mediano plazo, la acreditación en salud; en tal sentido Coosalud ha venido demostrando su fortalecimiento patrimonial, enmarcado en el Decreto 2702 de 2014, como consecuencia del modelo de atención y gestión del riesgo que ha tenido beneficios tanto para prestadores, afiliados y garantizando resultados en salud, siendo este mismo fortalecimiento el que nos ha permitido incursionar en nuevos mercados como es la reciente habilitación para el Régimen Contributivo Pleno.

Coosalud consciente con esto, ha encontrado pertinente marcar ahora el fortalecimiento patrimonial en el Decreto 2117 del 2016. Todas las capitalizaciones acumuladas representan un patrimonio técnico de 69 mil 800 millones de pesos, por lo que se puede rápidamente colegir que Coosalud no solo ha presentado avances en el fortalecimiento patrimonial, capitalizando el porcentaje acumulado en dinero en efectivo, sino que está demostrando el compromiso de capitalizar el 100% del defecto del margen de solvencia al año 2020. De conformidad con lo establecido en el Decreto 1683 de septiembre del 2019.

Nuestros estados financieros que fueron aportados en las respuestas del cuestionario debidamente auditados por Ernst & Young a corte de diciembre 2018, reflejan unos activos alrededor de los 660 mil millones, un pasivo de 594 mil millones y un total del patrimonio de 66 mil millones; en cuanto a los ingresos percibidos por concepto de UPC de 2015 a julio de 2019, Coosalud ha recibido ingresos por 6.6 billones de pesos y en recobros No PBS por 141.000 millones de pesos. Si bien la tasa de tutela de Coosalud ha estado en promedio en 2.7 es un tema que por supuesto es prioritario para Coosalud y lo trabajamos de manera permanente y continua; estas a lo corrido del año las tutelas No PBS nos han costado de enero a julio, alrededor de unos 12.000 millones de pesos; así hemos evidenciado

que las tutelas tanto como promueven el acceso al goce efectivo del derecho de salud, también hemos encontrado tutelas exóticas, hemos encontrado que el aparato judicial ha sido también permisivo, hemos evidenciado casos especialmente en el Valle del Cauca, los cuales hemos denunciado en debida forma ante la Procuraduría General de la Nación, ante la Defensoría, ante la Superintendencia Nacional de Salud, porque hay casos abusivos.

Tenemos un paciente en particular que incluso ha amenazado a nuestros funcionarios en la ciudad de Cali; así que para el 2019 por supuesto, hemos evidenciado algunas tendencias e incremento en el número de tutelas, estamos trabajando en el control de ello, especialmente hemos evidencia de que en el departamento del Norte de Santander se han incrementado las tutelas, derivadas de la migración de venezolanos, hemos evidenciado que tenemos, que están llegando a la ciudad de Cúcuta mucha población procedente de Venezuela, especialmente con cáncer que llegan en estadíos avanzados y sin unos tratamientos adecuados, lo que está generando la alta tasa de tutelas en esta en este departamento.

Así mismo, señor Presidente, hemos recibido en lo que va del año unos 150.000 usuarios procedentes de otras EPS y estos usuarios también están llegando con la tutela debajo del brazo, por supuesto Coosalud está abriendo todo su modelo de atención y está trabajando en la caracterización oportuna de estos usuarios, para que se integren a nuestro modelo de atención y poder resolver estas tutelas.

En cuanto a nuestra red de servicios, la red de prestadores de Coosalud está conformada por 721 clínicas y hospitales a nivel nacional, contamos con 466 clínicas privadas y 266 públicas; la atención primaria está concentrada principalmente en la red pública como tal, 241 proveedores de baja complejidad, 343 de mediana complejidad y 129 proveedores de alta complejidad; nuestra apuesta es la calidad, por ello hacen parte de nuestra red prestadores acreditados y Joint Commission, como lo es el Hospital Pablo Tobón, La Fundación Cardioinfantil, El Centro Médico Imbanaco, entre otros importantes hospitales del país.

Hemos presentado en debida forma las redes integradas de prestación de servicios de salud, por cada departamento y distrito donde tenemos operación, de las cuales la del departamento de Magdalena ya fue habilitada, las demás redes están siendo estudiadas y surtiendo su trámite ante la Superintendencia Nacional de Salud; en cuanto a las PQR, si bien el reciente informe que presentó la Defensoría no identifica a Coosalud con una situación crítica de quejas, nuestra tasa se ubica en el 0.5 y hemos evidenciado que se concentra el 69% de las quejas que recibimos en la demora en la asignación de citas médicas...

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Doctora Paola, un minuto más...

Delegada Coosalud, doctora Paola Gutiérrez de Piñeres:

Okey, perfecto, estamos trabajando fuertemente con nuestra red de servicios, no solamente para generar mayor oportunidad, sino también para controlar la pertinencia en el ordenamiento, porque encontramos que hay muchos servicios que pasan al segundo, tercer nivel, que debieron haber sido resueltos en el primer nivel. En cuanto a la cartera, Coosalud a la fecha tiene un saldo de 445.000 millones de pesos, de los cuales 306.000 millones corresponden a cuentas por pagar no vencidas, 51.000 millones están entre 30 y 90 días y 86 millones a más de 90 días; en cuanto al tema de no PBS es para nosotros uno de los puntos críticos, señor Presidente, nosotros a la fecha tenemos una... una cuenta por cobrar alrededor de los 200.000 millones, de los cuales los entes territoriales solamente... no nos han auditado, tenemos pendiente para auditar 103.000 millones de pesos, estamos teniendo serios inconvenientes en departamentos como La Guajira, Cesar, Córdoba, Santander, incluso en Antioquia; los entes territoriales lo que alucen es que no tienen el personal idóneo y total para realizar este proceso de auditoría y esto nos preocupa, en cuanto a la puesta en marcha de la Ley de Punto Final.

Simplemente para terminar, dos (2) temas adicionales al No PBS que identificamos como problemas y que ya lo mencioné en la exposición anterior; uno, es la UPC de Guainía, encontramos que es completamente necesario y requerido por parte de Coosalud que se ha... que se haga esta revisión, puesto que el valor de la UPC está muy bajo e incluso, no se ha cumplido con la inversión propuesta por el Gobierno en infraestructura; tenemos de los cuatro, pues de los cuatro centros de salud del departamento, solamente están operando dos (02), porque los otros dos (02) no cuentan con las condiciones de técnicas y de habilitación.

Así como de los 23 puestos de salud, solamente tenemos seis (06) en operación, así que es uno de los puntos críticos para nosotros y el siguiente por supuesto, el tema de afiliación de migrantes venezolanos que nos está afectando, así como en Norte de Santander, también en el departamento del Cesar y en Valle del Cauca. Gracias, Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

No, no gracias a usted doctora Paola. Bueno, tiene la palabra algunos de los colegas Congresistas que están acá, vamos a tratar de hacerlo más conciso tres (03) minutos cada uno; le damos la palabra al Representante Jorge Gómez, pásale el inalámbrico.

Honorable Representante Jorge Alberto Gómez Gallego:

Muy breve señor Presidente, un cordial saludo a todos los presentes y a la Mesa Directiva de las Comisiones; yo tengo pues, desde luego las apreciaciones nuestras sobre el tema de la intermediación financiera en salud son bastante

conocidas, desafortunadamente el señor Ministro de Hacienda se fue, pero aquí nos dijo cuatro mentiras y era y es bueno pues una pequeña réplica; nos dijo que el Sistema de Salud en Colombia era tan bueno que el 97% de los ciudadanos están cubiertos y entonces eso decimos que el que tiene un carnet está cubierto es una mentira, como lo hemos visto en las expresiones de los usuarios, eso es un cuento, tener carnet no es estar cubierto, ni tener acceso a los servicios de salud. Esa es una ficción que hay que desmentir, porque no corresponde a la realidad.

La segunda es que el bajo aporte de los colombianos para salud; tampoco es cierto, aquí trató de caricaturizar el doctor Carrasquilla el aporte de los colombianos en salud, el aporte del trabajador independiente que cotiza sobre el salario mínimo, corresponde a 365 dólares no a 300 dolarcitos como él dijo y el aporte del trabajador empleado de salario mínimo, era del 12% la bajaron al 4 pues por una un ustedes conocen la historia, pero con el 12% eran 376 dólares; o sea, los mínimos aportes del Régimen contributivo están entre 365 y 376 dólares ese es el mínimo, no el promedio; nos gustaría saber y la ADRES debe tener el dato ¿cuánto es el promedio del aporte de los ciudadanos para salud?, para que no nos salga el doctor Carrasquilla con el cuento de los 300 dolarcitos insignificantes que aportan los colombianos para salud.

Pero la tercera mentira es que el bajo costo de bolsillo; no es cierto, aquí han cogido la costumbre de torturar las estadísticas hasta hacerlas confesar, Colombia está entre los países de la mitad hacia arriba en gasto de bolsillo en el mundo y en América Latina, entonces aquí vamos entonces, a confrontar cifras y no a hacer caricaturas de lo que tratan de hacer ver como el Sistema perfecto de Salud.

Y finalmente el tema de la satisfacción de las encuestas de satisfacción, también es una ficción, porque no solo por la metodología que utilizan, sino por una cosa que es la peor de todas, es que consultan a los que están aliviados y a los que están enfermos entonces, claro sí yo estoy yo nunca consulto si yo nunca llevo 10 años sin ir a... ¿cómo le va?, no pues a mí me va bien, porque no me enfermo, ese es y si fuera cierto, yo estoy de acuerdo con lo que dijo el representante de los pacientes, si al 20% lo dejan morir ya eso es una cosa gravísima, es una catástrofe humanitaria. Y desde luego entonces cualquier pañito de agua tibia, termina siendo un pañito agua tibia, tratar de remendar un barco que se está hundiendo, porque el Sistema de Salud se está hundiendo, se está haciendo agua, todos los días la crisis es más profunda y desde luego hay que tratar de hacer cosas, pero repito lo que hay que hacer es una transformación profunda de este Sistema de Salud.

Y finalmente quiero hacer una observación –no sé porque no intervino Savia Salud–, que era bueno que hubiera intervenido, estaba en el Orden del Día, no sé si no vinieron o porque no lo citaron o no los no le dieron la palabra, ah, bueno, porque acaba de pasar una cosa insólita en Antioquia y es que Savia

Salud le acaba de facturar a los hospitales públicos un supuesto sobrecosto o unas platas no ejecutadas para lo que se llama protección específica y detección temprana. En una actitud arbitraria de una EPS que trata de cuadrar caja, cobrándole dineros de manera indebida a los prestadores de salud, a quienes les debe 450.000 millones de pesos, pero les pasa facturas por 50.000 millones de pesos para cuadrar caja; yo quisiera que este fuera un tema que se debatirán entonces en la próxima Sesión, porque realmente es insólito, es los pájaros tirándole a las escopetas o sea los que no pagan, tratándole de cobrar a los que les deben y los tienen arruinados. Ese era pues el sentido de mi intervención, señor Presidente muchas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Gracias Representante; para el martes 15 está citada Savia Salud. Le damos la palabra a el Senador Eduardo Pulgar... él va a el atril.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Muy buenos días, buenas tardes a todos, Presidente de la Comisión Séptima de Cámara y Presidente de la Comisión de Senado, hoy hemos visto aquí unos números plasmados en varias historias, lo que vemos es que en su gran mayoría todas las EPS están bastante complicadas con el tema de su funcionamiento y con el tema presupuestal. En Colombia se habla de la Ley de Punto Final y todas las EPS están convencidas de que es un borrón y cuenta nueva y no es así, el tema es para los hospitales públicos, el tema no es para cobijar el gasto privado y si están esperando eso, no hay la mínima posibilidad de que se salven; yo vengo insistiendo en que, por eso el Ministro Carrasquilla dijo que las deudas oscilaban entre 6 y 7 billones porque la Ley de Punto Final apunta al Sector Público, a los hospitales públicos de Colombia, no está pensando bajo ninguna circunstancia recoger deudas de entidades que fungen como privadas, intocables en su momento, pero lo que manejan son recursos del Estado de eso sobreviven, de eso andan.

Yo quiero en el día de hoy decirles a los amigos que hicieron su exposición de emotivos en el día de hoy, que en buena hora estamos haciendo este Debate en las Comisiones Conjuntas de Cámara y Senado, para conocer de viva voz que es lo que está sucediendo y bien uno de los participantes manifestaba que esto es como un examen del por qué todos están rajados, nada más escuché al coterráneo costeño de Mutual que le va bien, solo a él le escuché las cuentas claras, de resto todo el mundo tiene problemas financieros, problemas económicos y el Presidente Duque cuando estaba en campaña manifestó que el que no cumpliera salía del Sistema y en eso estamos todos los que estamos aquí, el que no cumpla con calidad, sino con numeritos también se tiene que ir Presidente, porque hoy estamos hablando de puros números, puros flujos.

Aquí también escuché al representante de los usuarios que decía que se morían niños esperando tratamientos de cáncer y a nosotros nos consta, aquí en la Comisión Séptima tanto de Cámara como de Senado, que la gente cree y está convencida que esta Comisión tiene la varita mágica para solucionar los problemas, cosa que no es así; los problemas los tiene que solucionar cada EPS y fíjense ustedes que yo pienso que el Superintendente tomó una decisión recientemente con relación a la Caja de Córdoba y ahí se está saliendo adelante, entregándole esta población a unas EPS que cumplen con el buen suceso de la salud en Colombia. Yo creo que hay que ponernos unos plazos y unas tareas Presidente y no podemos permitir primero que a la Comisión le faltan el respeto algunas representantes o presidentes, dejando de asistir a la Comisión; yo pienso que debemos compulsar copia de manera inmediata y que la policía los haga venir acá, porque eso dice la ley y segundo, debemos colocar unos plazos, porque no podemos esperar que el cráter de las deudas se acreciente de tal forma que quedan estafadas una cantidad de IPS, que también vienen a la Comisión Séptima a tocar la puerta, porque creen que uno puede resolver el problema con la Ley de Punto Final o citando una EPS y eso se sale cualquier contexto lógico de las consideraciones que todos tienen en su cabeza, uno los usuarios, uno las IPS que están quebradas por las falta de pago.

Yo quiero, señor Presidente, para terminar, pedirles a todas las EPS que intervinieron, que tienen problemas de tipo económico de fondo, que busquen la forma de solucionar ese problema lo antes posible y presenten una solución clara a la Superintendencia y a la Comisión Séptima de Cámara y de Senado, porque o, sino que les vaya bonito. Hemos escuchado una cantidad de exposición de motivos y todo pareciera que estamos en *Alicia el País de las Mil Maravillas*, pero las quejas son asombrosas, no dejan de venir a las Comisiones Permanentes quejas, gente muriéndose y no se les presta la atención debida. El Secretario dice que lo tienen hasta aquí, me imagino Secretario si todos los días todos los Senadores lo llamamos a ver qué hacemos, entonces de la mejor forma posible y hoy no estamos en debates, porque si tenemos unos debates pendientes con unas EPS puntuales, que hemos venido realizando desde hace mucho tiempo y hoy no es el día para puntualizar o señalar a cada EPS, yo creo que debemos ser serios y buscar la forma o la fórmula de que saquemos adelante la problemática, no solamente los numeritos, sino en una buena prestación de servicio en salud con calidad. Muchísimas gracias, Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Por nada Senador Pulgar; según lo conversado dentro de la Comisión Senador, haremos una propuesta conjunta y espero que los Representantes de Comisión Séptima también se vinculen, para poder tener una Subcomisión y poder hacerle un

seguimiento bimensual a todas estas EPS que presentan problemas, no con el ánimo de señalar, sino de poder colaborar desde el legislativo en lo que sea posible, para que salgan de esa crisis. Tiene la palabra el Representante Correa.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

Mientras interviene el Representante Correa preguntamos ¿el doctor Jesús Esquivel de Ecopsos? Está presente, gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Le pedimos disculpas doctor se nos traspapeló acá y no le habíamos dado tiempo para su intervención; si usted tiene a bien mañana continuamos... o se sí va a estar acá en la ciudad, entonces lo invitamos a que participe mañana en nuestra en nuestra Sesión consiguiente, nueve (09:00 a. m.) de la mañana aquí mismo, gracias doctor y discúlpenos en verdad, de parte de la Mesa Directiva, tanto de Senado como de Cámara. Doctor Correa tiene usted lo uso de la palabra.

Honorable Representante José Luis Correa López:

Muchas gracias, Presidente; no, yo quiero contextualizar un poco, desafortunadamente como decía el compañero Jorge Gómez, a nosotros nos están presentando un panorama que la verdad es un poco extraño, yo lo decía jocosamente ahorita que estábamos sentados, no sé si esté es un Informe de Rendición de Cuentas de Suiza, de Suecia o de Holanda. Desafortunadamente en la Ley 1122 cuando se redefinieron las funciones dentro de los actores del Sistema de Salud, a las EPS les tocó un pedazo muy difícil, les tocó un pedazo que era la gestión del riesgo financiero del Sistema de Salud; tristemente eso no se ha visto y no se ha visto por una razón, porque cuando vemos ese incremento progresivo de la cartera, cuando vemos resoluciones como la que saca el Ministerio de Salud que son necesarias donde los intereses de las nóminas vencidas corren por cuenta de las clínicas y hospitales del país y no por cuenta de las EPS que no le pagan a las clínicas y hospitales y que por ende no tienen como funcionar adecuadamente.

Tristemente vemos que el riesgo financiero del Sistema que es el pilar fundamental aunque, nos quieran hoy vender que el pilar fundamental termina siendo el usuario, no, porque si no hay una gestión del riesgo financiero, no hay manera de que el usuario sea atendido, porque desafortunadamente estamos en un mundo donde un insumo vale plata, donde una hora de un profesional vale plata, donde desafortunadamente una cirugía vale plata, entonces nosotros no podemos pensar en calidad de servicio de salud si no pensamos en flujo adecuado de los recursos.

Entonces las EPS lo que han hecho, es tergiversar el concepto de riesgo financiero y trasladárselo a las IPS, porque por lo que estamos viendo no

hay una gestión y no hay gestión porque muchas de las que hoy se han subido y qué hace 8 días se subieron, decían, nosotros no tenemos cómo pagar, porque el Gobierno no nos ha pagado; mis deudas con los acreedores en salud son de un billón de pesos, decía el representante de Coomeva hace una semana y lo que me debe el Gobierno nacional y los gobiernos departamentales es de 1 billón de pesos. Desafortunadamente la palabra aseguramiento financiero cuando nos vamos a leer de economía es eso, cuando el Sistema sale mal, tener que responder, para eso todos los años se les ha girado por cuestión de UPC billones de pesos, pero desafortunadamente no ha habido una gestión adecuada del riesgo financiero y por eso hoy el Sistema de Salud está en lo que está, si no tenemos una gestión adecuada del riesgo financiero y si no dejamos de tercerizar el riesgo financiero, al que menos problemas debería tener que es el prestador y en el peor escenario el médico y la enfermera, nunca vamos a lograr la calidad que supuestamente es un objetivo del Sistema.

Entonces no pensemos en que la calidad y el dinero no van de la mano, en que la calidad y la gestión del riesgo financiero no van de la mano, en que la gestión de riesgo en salud y la gestión de riesgo financiero no van de la mano y para aseverar esto, yo quiero hacerle una pregunta a cualquiera de los que hoy hacen parte del gremio de las EPS, ¿cuál es el porcentaje de interés que se paga sobre las carteras vencidas a las IPS del Sistema de Salud colombiano?, porque si le estamos pidiendo a las IPS que paguen intereses sobre la mora de los salarios del personal del personal de salud ¿cuál es el porcentaje de interés sobre la deuda que hoy se le paga a las clínicas y hospitales del país por el dinero que le debieron haber girado las EPS a las IPS?, porque yo no lo encuentro por ninguna parte; espero que por favor me saquen de esa duda, muchísimas gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Por nada el Representante Correa; ¿algún Representante o Senador más?; bueno entonces le damos la palabra a la Viceministra que nos está esperando desde hace un rato, a la doctora Diana.

Viceministra de Protección Social, doctora Diana Isabel Cárdenas:

Buenos días, un saludo Honorable Senador, Presidente de la Comisión Séptima, Senadores de la Comisión Séptima, Presidenta de la Cámara Comisión Séptima y Representantes que todavía nos acompañan; muchas gracias a todos los invitados aprovechó para saludar a los gremios, sin duda este es un espacio de discusión abierto que desde el Ministerio de Salud y Protección Social consideramos que enriquece la construcción de política pública y el acuerdo y la identificación de nuevas rutas para mejorar el Sistema de Salud colombiano. Solamente recordar que el Sistema de

Salud Colombiano si alcanza el 97% de la cobertura, no solamente es el carnet, es el tener la protección financiera de enfrentar la enfermedad, por eso es que en Colombia nadie se empobrece frente pagando sus gastos en salud y es por eso que podemos explicar por qué de los cuatro (4) puntos de la reducción de la pobreza multidimensional se deben al sector salud; la responsabilidad en la transformación social del sector salud es inmensa, el Régimen Subsidiado es un gran logro social.

Nosotros a diferencia de otros sectores sociales podemos decir que tenemos una provisión equitativa para todos los colombianos, que todos los colombianos tienen acceso al mismo tipo de servicios de salud, que obviamente hay que mejorarlo, pero que estamos en las mismas condiciones a diferencia de otros sectores y de otros países. La cotización en salud de un salario mínimo es \$103.000, esos \$103.000 en dólares son 34 dólares más o menos si... siendo generosa un poco con la tasa de cambio y queremos decir que en general más del 80% de los colombianos se concentran en cotizaciones de menos de 10 salarios mínimos, si ustedes recuerdan la cofinanciación del sistema de salud a partir de 2013 se transformó y sustituimos las contribuciones de los empleadores por impuestos generales.

El Sistema de Salud Colombiano hoy, podemos decir es un sistema de financiamiento especialmente público donde el 52 y 3, 52% son impuestos generales, ya sean de nivel territorial o nacional. Para nosotros agradecemos el acompañamiento que tuvimos del Congreso durante el trámite del Plan de Desarrollo, creemos claramente, estamos convencidos que el pago y el financiamiento a las atenciones no cubiertas con la UPC, generaron por 16 años y han venido generando un desequilibrio no solamente en la operación del aseguramiento, sino también en la operación de la prestación de servicios. Hemos generado un sistema que en general cada día más está abocado a la tecnología, a las presiones tecnológicas y que esa presión tecnológica genera una presión de gasto en Colombia que no la hemos discutido y que seguramente la vamos a tener que discutir.

¿Cuál es el crecimiento del gasto en salud y cuál debería ser el crecimiento óptimo?, especialmente en un país que hoy está más envejecido y en un país donde las crónicas enfermedades, crónicas se vuelven un peso en la carga de la enfermedad; sin embargo le hemos apostado en el corto plazo a tres (03) ejes muy importantes que quiero solamente resumirlos: el primero es calidad, satisfacción y sostenibilidad financiera; en la sostenibilidad financiera sin duda consideramos que el Acuerdo de Punto Final que tiene dos componentes, son fundamentales: uno es el saneamiento de las cuentas, cuando decimos que por más de 16 años la EPS han estado financiando un gasto, que no se les ha adelantado, un gasto que es parte que es un gasto que hoy representa más alrededor del 25% del gasto total y que adicionalmente viene creciendo en cuya provisión de la prima no está

incluida, consideramos que le estamos apostando a radicar y a resolver el gran problema del Sistema de Salud.

Pero este mismo problema tiene un componente que es el componente de ajuste y transformación que como le decía el representante de Acemi, le estamos apostando a una transformación total, donde realmente podamos dar en una responsabilidad y una integralidad en los servicios de salud, la financiación de la población de la coberturas en salud; esto en el fondo implica avanzar hacia una apuesta que ustedes aprobaron en la Ley Estatutaria y es tener un Sistema de Salud, donde tengamos una cobertura integral. Apostarle a la cobertura integral implica también hacer una transformación en la estructura de financiamiento que nos lleve a que realmente se facilite la gestión integral de la atención en salud; muchas veces tener fragmentado la financiación de salud, es la razón por la cual se explica las demoras en la atención en patologías de alto costo, como cáncer.

Consideramos que al anticipar de manera oportuna el costo de esas tecnologías, se van a poder hacer atenciones mucho más integrales y con mecanismos de contratación basados en calidad y en resultados de calidad; estamos avanzando en la construcción de los sistemas de indicadores para la construcción de esa prima o techo o presupuesto como la hemos llamado en la ley y pronto estaremos en la expedición de esta norma; esto es fundamental para implementar una deuda que tenemos sobre todo con la población del Régimen Subsidiado y es poder centralizar en un solo pagador y en un solo responsable, las atenciones de no cubiertas con la UPC.

La operación de techos va a ser fundamental para poder asumir esta competencia, en realidad la auditoría y los costos de transacción que hay... que incurre el Sistema con el mecanismo de recobros no es sostenible y adicionalmente no es posible operarla de la misma manera en el Régimen Subsidiado; en ese sentido nosotros creemos que avanzar hacia un mecanismo que permita girar con oportunidad de estos recursos, de manera mucho más eficiente y suficiente es la salida para mejorar en gran parte, no solamente los problemas financiamiento al sector, sino también para mejorar la calidad y la integralidad atención en salud.

Voy a hablar y referirme brevemente sobre el cronograma de Acuerdo de Punto Final; en la Sesión pasada el Ministro, el Viceministro que era Ministro Encargado, les habló sobre el Acuerdo de Punto Final, las fechas y los cronogramas. La Nación reconoce y en el Plan de Desarrollo reconocimos y nos comprometimos en la cofinanciación de las deudas que se han acumulado en entidades territoriales por concepto de atenciones de no UPC, al momento hemos hecho acuerdos y actas de compromiso con siete (7) departamentos, los departamentos se comprometieron no solamente a auditar y recibir sus cuentas y voy a hacer una nota al margen y es muchas veces nos quejamos de

la falta de recursos, una vez tenemos los recursos empiezan las diferencias en las cuentas y en las facturas; esa es la gran diferencia de la situación que hoy está pasando en Antioquia, están avanzando en la auditoría de las cuentas, sin embargo los soportes de las cuentas a veces hay que complementarlos y no solo revisarlos para poder ejecutar esos recursos de acuerdo a las normas y el marco legal vigente.

Nosotros como nación hemos tenemos un monto de siete (7) actas que los departamentos han acordado, nosotros sabemos que tenemos varias cuentas o cortes de cuentas; la primera cuenta, las hemos cortado alrededor de junio de 2019 y las otras cuentas estarán de 2019 de junio 2019 a diciembre 2019 que es donde la Nación asume la competencia. Es importante que estos procesos se acuerden y se organicen, porque en realidad depende de garantizar una auditoría que se va a poder lograr la ejecución de esos recursos; hoy en día tenemos acuerdos por más de 521 mil millones, de esos 521 mil millones el 50% de los recursos los va a financiar las entidades territoriales y el restante lo se ha comprometido la Nación a cofinanciarlo.

Trabajamos con otros departamentos que están organizando sus procesos, pero estos traen estos dos procesos en los 32 departamentos los hemos querido acelerar, para poder garantizar que tenemos una ruta de implementación del Acuerdo de Punto Final a nivel territorial; para finales de este año tenemos ya previsto, no solamente haber girado los primeros recursos de cofinanciación los cuales, su ejecución depende de tener por parte de las entidades territoriales sus cuentas auditadas y haber ejecutado su cofinanciación, sino que también depende de poder avanzar rápidamente en el reporte que estamos organizando de Acuerdo de Punto Final.

La transparencia es el criterio más importante que queremos de este ejercicio y en ese ejercicio van a tener y la posibilidad de consultar en las bases de datos del Ministerio, en las páginas web, a quién se le pagó, cómo se le pagó y con qué periodicidad se ha pagado; esta es la apuesta que le estamos haciendo a la ejecución del componente de saneamiento, que en pocos días estaremos ya aprobando en tramitando el marco regulatorio, que se requiere especialmente para facilitar el giro de estos recursos. En nosotros en el Ministerio de Salud y Protección Social trabajamos de la mano con el Ministerio de Hacienda y avanzamos rápidamente en el proceso de implementación de Acuerdo de Punto Final; a mediados de este mes tenemos que y esperamos recibir todos los comentarios publicaremos los Decretos para el saneamiento y el componente de saneamiento del Régimen Contributivo y así también estaremos publicando la Resolución y metodología de techos; gracias.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Por nada señora Viceministra. Le damos la palabra para intervenciones muy cortas al doctor

Cárdenas, delegado de la Contraloría, posterior a eso, al doctor perdón, el doctor Rodríguez de la Procuraduría.

Delegado Contraloría, doctor Julio César Cardenas:

Perfecto, gracias Presidente Fabián Castillo, Presidente Norma Hurtado, señores de la Mesa Directiva, señores Congresistas y demás miembros participantes.

Vamos a iniciar primero, la Contraloría tiene algunos temas desde el punto informativo o de introducción que no llevan al final a determinar cuáles son las conclusiones que tenemos con relación al Régimen Subsidiado, que tenemos en este momento en Colombia. En la primera, esto es informativo, ya la conocen todos ustedes, pero me da para la para las conclusiones finales, en el cual de las 46 EPS, 83 EPS prestan servicios en los dos regímenes, el 11% son el Contributivo y 6 son el Subsidiado o sea tenemos 22.8 millones de colombianos en el Régimen Subsidiado qué es un 48%, 13 o sea 13 de las primeras, la tercera parte de las EPS subsidiadas, ocupan casi el 80% o sea que vemos que las demás que ahorita vamos a revisar, tienen muy poca participación, las últimas 17 solo cuentan con un 17% ahí encontramos también a Medimás y a la nueva EPS, sigamos,

Esto es un punto importante que se referenciaba al Presidente, también en su entrevista, que podría servirle también para un aporte y es que las EPS del Régimen Contributivo que actúan como EPS del régimen subsidiado cuando hablamos de movilidad, esta población en la cual nos encontramos que estaba trabajante y queda cesante, vuelven por movilidad, quedan en su mismo régimen contributivo; aquí observamos que hay más de 1.2 millones de personas ahí, que sería el 5% del régimen subsidiado; ¿por qué es importante esto, Presidente? y podemos revisarlo también para un aporte al sector y es que deberíamos evaluar si las EPS del Régimen Subsidiado podían prestar este servicio o afiliarse al Régimen Contributivo, pero donde sean pequeñas 4, 5 y 6.

Entonces si ellas cumplen con algunos requisitos, que no tengan deudas, que tenga la capitalización, puedan prestar o pueden afiliarse a estas personas... ¿qué ventajas tienen eso?, conocen el sector, son los que mayor relación tienen con esta red de servicios y además de eso para una EPS Contributiva en las cuales, en estos municipios tengan menos del 10% o sea que sea muy grande el Régimen Subsidiado, pues la prestación del servicio para ellos va a ser muy complicado, tener una sede por 200 personas, no sirve, no... no funciona, por lo menos financieramente; entonces podría contribuir algo en el Sistema, Presidente.

Este otro informe que nos da la Supersalud, en el cual se observa que están intervenidas 19 EPS, pues como referencia es que el 53% de las personas afiliadas se encuentran entonces en esta situación, intervenidas; entonces es grave que tengamos...

que la Superintendencia esté tratando de salvar financieramente operativamente algunas EPS y más de la mitad de la población, se encuentre en una situación complicada en el cual puede llegar a que se cierren esas entidades.

Como les había dicho al principio hablamos de 17 EPS que tienen el 17% de la población, son pequeñas, nueve (09) de ellas ni siquiera tienen 200.000 afiliados, debemos buscar mecanismos para que estas pequeñas EPS, generen sinergias, ósea puedan fusionarse, puedan generar pago de esas deudas, puedan capitalizarse o sea que realmente con este conocimiento que tienen de las regiones, puedan llegar a mejorar resultados, pero EPS con 90.000 o 150.000 no pueden generar este tipo de actuaciones.

Cartera de las EPS: 3.4 billones de pesos, pero las cinco primeras ya tienen la mitad de la carretera, Savia Salud tiene el doble de la segunda con 600.000 mil millones de pesos y Asmet con 310.000, Capital Salud 254.000; estamos hablando que estas cinco (05) tienen la mayor cantidad de deuda en todo lo que se le debe a la cartera de las EPS del Régimen Subsidiado, es preocupante... sigamos hemos hecho auditorías de cumplimiento a las EPS del Régimen Subsidiado, iba hablar de estas cinco (05), me voy a referir a los que los que están acá: Medimás, Savia Salud no está, me dicen que en una próxima oportunidad se presenta, entonces no voy a hablar de ella, igual que Ambuq, lo van ustedes a citar entonces también en esa oportunidad hablaremos de ellas, Salud Vida y Capresoca.

Conclusiones generales de estas Auditorías que realizamos, concepto de la auditoría para esas cinco (05), igual la repito en la siguiente Sesión; conclusión adversa, incumplimiento material, no están cumpliendo con las normas que deben cumplir, ni en protección ni en temas financieros ni constitucionales ni legales y normativas y en la evaluación del control interno con deficiencias, o sea control interno no está fortalecido, no está generando los niveles de riesgo, ni está cumpliendo su misión de apoyar a la administración.

Aspectos financieros resumen: capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión de reservas, constitución de reservas técnicas, ninguna de las 5 que dirigimos auditoría cumple; sigamos, ah no paremos ahí, voy a hacer un resumen entonces de las que tenemos ahí, sin incluir estas dos (2) de Medimás, perdón, de Ambuq y Savia Salud. En relación con Medimás, le hicimos una auditoría en el 2017, en ella encontramos hallazgos por 706 millones de pesos, pero un hallazgo importante resaltar es que se evidenciaron anticipos sin legalizar por 718 mil millones de pesos, los cuales en esta siguiente auditoría se van a revisar para observar cómo está su cumplimiento en la legalización de esta información; con relación a Salud Vida también le hicimos auditoría 2017, esto es un resumen de los aspectos más importantes, sobre todo desde el punto de vista fiscal, tuvimos 20 hallazgos y tuvimos unos fiscales por casi 1.500 millones de pesos.

Por las siguientes circunstancias, nosotros cuando hablamos de estos temas e informamos a las diferentes EPS, es para que se observe que el recurso de la salud no debe utilizarse, sino para lo que está determinado y expresamente en las normas, por eso vigilamos ese recurso; utilizan recursos del Sistema General de la Seguridad Social en salud para el pago del contrato de *leasing* financiero a inmobiliarios, gastos administrativos en cosas que no guardan relación de causalidad con el gasto médico, esto es algo que estaban utilizando que podían verse casi como un auto préstamo, en el que manejaron de la cuenta maestra 380 mil millones de pesos, de los cuales entraban entraron a la empresa y volvían y salían; entonces esto pues obviamente no se podía realizar estos auto préstamos de giro al recurso y el negocio; gastos de representación, pagos realizados a la Corporación Club El Nogal, para fiestas, gastos recreativos, almuerzos. También estamos en el tema de medicamentos, observamos que debilidades en el manejo y en la compra inteligente de estos medicamentos, existiendo sobrecostos.

Capresoca EPS; en esta encontramos actuaciones tales como facturación de servicios a pacientes fallecidos, destinación de recursos de prestación de servicios en salud para pago de multas; cogen los recursos, no observa cómo está el gasto ni cómo están siendo utilizados.

De este Régimen Subsidiado que encontramos al final como conclusión de lo que hemos revisado en las diferentes actuaciones; hay que estar, no solamente como Contraloría, observando ese gasto del recurso público expresamente determinado en estos fallos y generar hallazgos fiscales, porque se están acabando unas empresas en un momento de crisis y tenemos que buscar los mecanismos para que lo más importante que es la prestación de servicio de la salud, siga adelante y eso estamos trabajando de la mano con todo el Gobierno, para que esto ocurra. Tenemos algo en lo que no hemos podido cumplir metas, también lo dijo el señor Presidente, que es que no hemos podido con el modelo preventivo y seguimos y seguimos en este tema y esto es una aspiración a la cual debemos llegar, porque con este Sistema realmente podemos fortalecer todo el Sistema.

El número de quejas no baja, ponga las cifras como quieran, estos siguen aumentando, siguen generando un problema para todo el sector, dejan quejas a la Contraloría, a la Procuraduría, la Secretaría, nos llegan las mismas quejas y damos la rotación entre todos nosotros diciendo, venga vamos todos de la mano a ver de qué forma me atienden un paciente, cómo es posible que un señor que se nos va a morir o que tiene cáncer no lo estén atendiendo y tenga que intervenir el Congreso la República, la Procuraduría General, la Contraloría, la Defensoría del Pueblo y a veces no lo atienden, que esto es increíble; entonces el tema de quejas, muy importante, tenemos que buscar los mecanismos para que realmente esto ya empieza a funcionar, sobre todo en la oportunidad que es donde más tenemos problemas.

Nosotros como Contraloría ¿qué estamos haciendo en estos momentos? en el caso de Medimás, el caso de Saludcoop ya saben que hay una auditoría que estamos realizando transversal con Cafesalud y con Cruz Blanca, el cual rendiremos un informe a principios de diciembre; también estamos trabajando de la mano de la UGPP, inclusive queremos incluir a la DIAN para determinar, quiénes son aquellas personas que están en el Régimen Subsidiado y deben pasar al Contributivo; en un examen muy muy sencillo ya encontramos 80.000 personas, multipliquemos 80.000 personas por la por esa unidad, por la UPC y pongámoslo y proyectémoslo en el tiempo, es mucho recurso que está perdiendo el Estado, en los cuales son recursos de impuestos que además fortalecerían si los trasladamos al otro lado, el Contributivo y va a mejorar el Sistema y vamos a terminar también con algunos estudios en medicamentos de enfermedades huérfanas, que realmente los costos que están ocurriendo son muy, muy, muy altos. Muchas gracias, Presidente, Presidenta, gracias a todos.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Gracias, señor Contralor. Le damos la palabra al doctor Rodríguez, Delegado de la Procuraduría.

Delegado de la Procuraduría, doctor Gelman Rodríguez:

Muchas gracias, Presidente, un saludo muy cordial a la Mesa Principal, de más Representantes, Senadores de la Comisión Séptima e instituciones que hoy nos acompañan.

Lo mencionamos en la sesión anterior Presidente y es que la Procuraduría sigue expresando su preocupación por el incremento de quejas por el mal servicio, por la interrupción en los tratamientos, por la oportunidad en la entrega de medicamentos y pues esto no es una situación exclusiva del Régimen Contributivo, sino que también se está haciendo extensivo de una manera notoria al Régimen Subsidiado.

Quiero aprovechar la presencia aquí del representante de Capital Salud, para expresarle la preocupación que tiene la Procuraduría con la manera cómo vienen atendiendo a los usuarios en la capital de la República; aún no hemos llegado el Meta, miraremos cómo les está yendo al Meta, pero la verdad es que sí la atención se refleja aquí en Bogotá, donde hay mayores instituciones, no hay barreras geográficas, mayor pluralidad de prestadores de servicios, pues la verdad creo que la situación es lamentable; hemos hecho un par de visitas en las últimas dos semanas a Capital Salud, especialmente a los centros de autorizaciones que tienen en la avenida Caracas con calle segunda y en el barrio Kennedy en el sur de Bogotá, es lamentable la manera como vienen hoy atendiendo especialmente a los adultos mayores, es indolente ver como adultos mayores de 90-80 años 75 años llevan esperando 6 meses para que le den autorización

de un procedimiento, para que le autoricen un medicamento; eso no se compadece de verdad con la condición de estas personas.

Hoy ustedes tienen una línea de atención para que todos estos usuarios de capital salud llamen a pedir las citas, pero esa línea de atención no funciona, pero parece que no están pensando en el perfil de los ciudadanos que tienen afiliados, usted misma mencionaba hace unos instantes, que gran parte de su población son vendedores ambulantes, son personas recicladoras, ¿han mirado el perfil social y profesional de esas personas? los estamos obligando utilizar unos medios de comunicación con la institución que no están capacitados para hacer, les decimos accedan a través de internet ¿cuántas personas tiene acceso a un computador y si lo tienen y cuántas de estas personas tienen acceso a dominar un computador para poder pedir una cita médica?, pero lo más lamentable e hicimos el ejercicio en nuestras visitas, es que aunque uno marque a su teléfono que ustedes dan para pedir las citas, pueden pasar horas y no consulta, y no atienden y cuando atienden lo que dicen es no hay disponibilidad de agenda, por favor siga llamando. Entonces tenemos una serie de requerimientos que entre otras cosas ya lo estaremos comunicando formalmente, pero que nos preocupa realmente la situación que se viene presentando aquí en el Distrito Capital.

Cambiando un poco de tema y escuchando a la doctora Diana, sobre el buen uso de los recursos, también quisiéramos aprovechar desde la Procuraduría justamente para llamar la atención sobre este tema; en distintas oportunidades y en distintos medios, nos hemos pronunciado sobre el inadecuado uso de los recursos de la seguridad social; por esa razón también y muy de la mano con lo que está pasando en el Régimen subsidiado y de alguna manera también por ser prestadores prioritarios del Régimen Subsidiado, tenemos que hacer referencia a las Empresas Sociales del Estado. Hemos definido un programa de visitas a las Empresas Sociales del Estado, donde hemos encontrado un sinnúmero de deficiencias e irregularidades en la gestión administrativa, irregularidades en la contratación.

Doctora Diana, nosotros en días pasados le comunicamos formalmente al Ministerio de Salud que era necesario ajustar esa Resolución 5183 del año 2013, que estableció la posibilidad para que las Entidades Sociales del Estado, las Empresas Sociales del Estado, establecieran sus manuales de contratación, manuales de contratación que hoy se están volviendo demasiado flexibles y que están permitiendo el inadecuado uso de los recursos; sobre costos en medicamentos, fraccionamiento de contratos, han establecido en los manuales de contratación que no los cumplen, porque establecen unas políticas y sencillamente hoy la contratación y los... en las Empresas Sociales del Estado se volvió a dedo, más del 95% de la contratación se hace de manera directa, se hace pagando sobre costos elevadísimos, de manera que aquí también tenemos que hacer un llamado de atención, porque

esto es, insisto, estas instituciones son prestadoras prioritarias de las empresas promotoras de salud del Régimen Subsidiado.

También escuché mencionar ahora algunos de los que intervinieron, la situación con la población venezolana en los costos que esto está representando; la Procuraduría ha venido siguiendo muy de cerca también la situación de la población venezolana, la demanda servicios de salud, la cifras hoy de Migración Colombia nos dice que hay algo más de 1.408.000 ciudadanos venezolanos que se encuentran en el país, de esos 722.000 se encuentran de manera regular y los otros se encuentran de manera irregular; por esa razón nosotros hemos hablado y le hemos solicitado al Gobierno nacional que es importante buscar una ruta de atención, hay que definir una ruta de atención, no necesariamente para la población venezolana que es lo que hoy nos ocupa, una ruta de atención en salud para los migrantes que finalmente todo el tiempo está creciendo bajo estos conceptos de la globalización, creciendo la migración.

Colombia no estaba preparada, porque no era un país receptor, hoy nos hemos vuelto en un país receptor de migrantes y eso hace que de manera urgente se tomen acciones sobre esa ruta política pública que se necesita para atender la población migrante, por esa razón también hemos recomendado al Gobierno nacional que a través de recursos de cooperación internacional definan una línea para financiar el tema de salud; si estamos en crisis en el Sistema de Salud, porque esa es la realidad, porque hay problemas financieros, pues no podemos seguir soportando eso solamente con gastos de la UPC o gastos del presupuesto.

De manera que aquí hay que ser muy creativos, hay que buscar alternativas, insisto de esos recursos que nos están llegando de apoyo internacional, de cooperación internacional para que definamos también como financiar esa tensión. No podemos ocultar una realidad y es que hoy hay una gran cantidad de ciudadanos venezolanos en Colombia, que requieren atención, que como ya lo mencionado en algunos de ustedes vienen con patologías catastróficas, probablemente sin ningún tipo de control previo y eso representa un alto costo para el Sistema de Salud en Colombia, pero por lo tanto tenemos que proteger también el Sistema nuestro a través de la inyección de recursos de otras fuentes. Muchas gracias Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Por nada señor Procurador; le damos la palabra a la doctora Dávila, Defensora Delegada del Defensor del Pueblo.

Delegada Defensoría del Pueblo, doctora Carmen Eugenia Dávila:

Muy buenas tardes al Auditorio, a la Mesa Directiva, los Honorables Senadores y Representantes.

En la Sesión anterior nos referimos al tema de los principales resultados del estudio de tutelas, vulneración al derecho a la salud; ese estudio ya se encuentra publicado en la página web de la Defensoría, pero entonces en esta oportunidad si quiero aprovechar el tiempo para plantear algunas de las recomendaciones, que considero más importantes en el contexto de lo que se ha hablado, que están contenidas también en ese Informe, para no repetir los mismos resultados de... que ya mencionamos en la oportunidad anterior.

Las principales recomendaciones se refieren al derecho a la libre elección; se ha implementado hace algún tiempo, el Sistema de Afiliación Transaccional, que permite los traslados entre EPS, en constantes oportunidades se han presentado personas a la Defensoría del Pueblo, argumentando que se le está inclusive por esta vía que es virtual, se le está coartando el derecho a la libre elección. No tenemos todavía el módulo respectivo para afiliaciones nuevas y en este punto es importante, hay personas que están retornando el país y que a veces en algunos casos, no muchos, pero los hemos visto, se ven abocados a de manera... por un largo período tener que hacer intentos de afiliación donde no hay EPS que los quiera recibir.

Aquí se ha mencionado mucho el tema de humanización que tiene que tomarse con toda la seriedad del caso, sabemos que el Ministerio está trabajando en eso y hace muchos años se viene trabajando en eso, pero comparto con el pronunciamiento del representante de las EPS, el doctor Nestor, que no puedo acostumbrarnos a que sea normal la vulneración de los derechos, la afectación a las personas, la interrupción de tratamientos y muchas veces tener que con tristeza observar que las personas pese a todas las gestiones que se hagan por parte de la Comisión Séptima del Senado, por parte de otras instancias de control y vigilancia y de la misma Defensoría del Pueblo y de las, digamos, de las asociaciones de usuarios y demás organizaciones que defienden derechos de usuarios, vemos que hay una afectación importante y particularmente en enfermos de enfermedades catastróficas, como el cáncer; en la Sesión anterior lo explicábamos, todos los resultados apuntan a eso, vemos permanentemente la vulneración de los derechos a pacientes con cáncer, cáncer inclusive niños.

Digamos aquí creo que las estadísticas y estoy de acuerdo con Néstor, no sirven mientras exista un solo niño que esté siendo vulnerado, que se le quebranten sus derechos por falta de oportunidad en un tratamiento, creo que debe existir el compromiso de todos los agentes del sector para resolverlo. Tenemos la Ley Sandra Ceballos y la Ley de Cáncer Infantil, la Ley 1388 y 1384 y además la Ley Estatutaria y no vemos a criterio de la Defensoría y con los respectivos argumentos que respaldan esta opinión, que se estén cumpliendo. Las leyes propenden por la integralidad, la oportunidad, la no fragmentación y la continuidad de los tratamientos

de cáncer y lo que vemos en las mayores vulneraciones y las más tristes vulneraciones que se ve en la Defensoría del Pueblo, están asociados a esta patología; con impotencia observamos como en algunos casos, algunos presidentes no están enterados de la situación, cuando los contactamos inmediatamente corrigen, pero en muchos casos ya no sirve nada, no sirve una llamada, no sirve nada, entonces aquí creo que es importante generar mayor sensibilización frente a esos casos y que se analice el tema.

Por ejemplo, creo que el Ministerio debe revisar el tema de la política consagrada en la en la Ley de Cáncer Infantil y de la Ley Sandra Ceballos, en el tema de que, para el abordaje del cáncer, tiene que promoverse la zona de Unidades de Atención Integral del Cáncer; hoy en día en el país solamente existe una, en cáncer infantil y digamos que después de diez (10) años, esto que era uno de los elementos fundamentales para que se protejan estos principios de integralidad, continuidad, oportunidad, no fragmentación, pues fíjese que no se ha cumplido y muchas veces los pacientes se ven abocados a ir a una y a otra institución, para las citas, para el diagnóstico, etcétera. Este no es un tema generalizado, pero se mueren pacientes esperando la segunda quimioterapia, esperando un tratamiento, un medicamento ambulatorio.

También queremos plantear la situación de que la migración de la población venezolana que debemos, humanitariamente, atender y sobre todo en los departamentos de frontera y en la ruta de transición hacia el sur, genera un mayor uso de los servicios de salud en particular en la red pública que supera sin duda la capacidad de respuesta de esta red; es la misma red que usan los nacionales y en algunos territorios del país con mayor preponderancia que en otros, la red pública es la principal red que existe para atender a todos los pacientes, a los migrantes, a los afiliados al Subsidiado, al Contributivo.

Con mucha tristeza hemos observado situaciones muy complejas en Norte de Santander y La Guajira, creemos que cuando se desborda la capacidad de respuesta de las instituciones del territorio, es obligación de las demás entidades del Estado en pleno, procurar soluciones inmediatas, porque yo creo que esto no da espera, lo que hemos nosotros podido observar en varias de las urgencias del país es realmente catastrófico y lamentable, no solamente para los migrantes, sino también para la población que usa los mismos servicios. Sin duda la oferta en el país es limitada en algunos servicios y estas personas, los migrantes acuden, fundamentalmente a la red de urgencias de los ESES públicas.

En ese orden de ideas pues se ve afectada toda la población que es usuaria de estas redes; yo creo que es necesario y es una recomendación que hacemos a la a las autoridades del Gobierno y del Sector pensar en alternativas, porque sin duda en algunos casos la oferta es insuficiente y este tema creo que no da espera; queremos hacer una recomendación también que está contenida en el informe frente al tema del

SOAT, cuando no existe póliza. Permanentemente vemos a las víctimas de accidentes de tránsito con una situación complejísima, donde en los departamentos, sobre todo, en departamentos donde no tienen niveles de complejidad para atenderlos, como por ejemplo Arauca, todas las semanas tenemos casos donde hay víctimas, algunas de ellas de nacionalidad venezolana, que no hay ningún prestador de servicios de salud que quiera atender; recordemos que detrás de esto no hay SOAT, esto se atiende con cargo a los recursos de la Nación, entonces no hay quien pueda aceptar a estas personas. Creemos que, si hace falta alguna ruta de atención más efectiva, porque no podemos, digamos desde el punto de vista humanitario contemplar como las personas se mueren sin una oportunidad de atención, sabemos que el problema es muy complejo y sobre todo en términos fiscales, pero esto obliga a revisarlo y a mirar otro tipo de alternativas.

Aquí se ha hablado desde la Ley 1122, de la atención primaria en salud que algunos la mencionaron, del modelo MIAS, del MAITE, yo creo que ya esto está sobre diagnosticado y que es necesario que tenga el país un verdadero modelo de atención; así mismo la revisión de la política de talento humano que no es competencia y así lo sabe, lo entendemos, competencia exclusiva del Ministerio de Salud. Se necesita hacer un plan de choque para que ciertas especialidades de las que carece el país y que y que están dilatando y afectando la posibilidad de recuperación de muchas personas, se aborden con premura; creemos que el tema de la gestión de las enfermedades huérfanas se debe enfatizar en las compras centralizadas y tener la claridad de que si bien, los medicamentos pueden ser suministrados por vía No POS, algunos los temas de diagnóstico y los temas de atención de otras patologías, porque los enfermos, las personas de enfermedades huérfanas no solamente padecen este tipo de complicaciones de salud, sino otras patologías son parte y son afiliados son afiliados a las EPS y debe garantizarse la atención en condiciones integrales.

Creo que aquí se habló de un tema de la Jurisdicción Especial para Salud; permanentemente vemos como los actores del Sistema y las mismas personas se ven abocadas a que no tengan una respuesta inmediata frente a la solución de sus conflictos y a la solución de quien tiene la razón en la interpretación de una norma u otra; creo que llegó el momento de estudiarlo, este ha sido un planteamiento que se viene haciendo desde 2006 y en principio habíamos dicho que la función jurisdiccional de la Superintendencia podía suplir estas dificultades, creo que cada día la conflictividad se vuelve más, se exacerba, por lo tanto es perentorio creo yo y cree la Defensoría, que se estudie ese capítulo de la Jurisdicción Especial de la Seguridad Social, que digamos no se ha estudiado con profundidad y frente a reformas legales yo diría que es lo que hace falta, estudiar con premura.

Creería yo que estos son los principales aspectos que queremos mencionar, creemos también que hay mucha regulación del Sector que protege

los derechos de los habitantes del país y de los usuarios del Sistema. Lo importante es que esta reglamentación se cumpla y eso es lo que vemos que nos está sucediendo en el país. Muchas gracias Presidentes.

**Presidente Comisión Séptima Senado,
Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo
Suárez:**

Por nada señora Defensora; bueno abrieron el Registro en Plenaria de Cámara, le damos la palabra a la Presidenta de la Comisión Séptima de Cámara para unas conclusiones y mañana escuchamos la intervención de Supersalud y de la Directora del ADRES.

**Presidente Comisión Séptima Cámara,
Honorable Representante Norma Hurtado
Sánchez:**

Bueno, primero ante todo, muchísimas gracias, señor Presidente, a los miembros del Gobierno nacional, siempre tan dispuestos a dar claridad, a seguir yo diría que desentramando este Sistema que en algún momento tomó este rumbo, dentro de muchos, muchos años de trabajo. Yo creo que aquí están los actores de la salud, de los últimos 25 años, no creo que haya habido más de dos o tres personas que haya estado en este atril, diciendo que lleva 2, 3 o 5 años dirigiendo su EPS o la institución a la cual hayan representado y eso yo diría que también nos deja una gran conclusión y es que este Sistema ha tenido aciertos y desaciertos, es que este Sistema, no podemos seguir hablándolo individualmente; si ustedes analizan lo sucedido en esta mañana cada uno hablo desde su sector, desde sus dolores, desde sus falencias, desde sus necesidades, pero especialmente desde las necesidades presupuestales; todos, las EPS, hospitales y clínicas, todos los usuarios, todos hablaron desde un factor que es trascendental, pero no podemos separarnos de que somos un Sistema, señor Presidente, que no podemos hablar individualmente, que tenemos que trabajar en equipo, que tenemos muchas, pero muchísimas normas que las he compartido con la señora Viceministra, muchas normas que ya reglamentan el Sistema de Salud; normas que hoy lastimosamente no se aplican, lastimosamente no fueron desarrolladas, lastimosamente no fueron acogidas, lastimosamente se evadieron; lo hemos hablado también con usted doctor Morales, muchas normas que ya regulan este Sistema.

Pero que lastimosamente hubo un momento del tiempo donde nos faltó autoridad, donde nos faltó control, donde nos faltó gestión, dónde quedaron a la deriva miles de billones; no me había puesto en la tarea individual de mirar los miles y miles de billones que se han manejado en estos 26 años, han sido miles.

También dejamos a un lado, dejamos de lado algo y que es importante reconocerlo y es que se han salvado muchas vidas, se han salvado muchas vidas; yo me solidarizó con usted y con el 20% o 15 o 22 o 25% de las vidas que hemos perdido, porque

no se puede perder una sola vida especialmente por los temas financieros de cualquier entidad, pero esto quiere decir que esas tres entidades o cuatro o cinco que lo hacen bien, el Sistema si funciona señor Procurador, si hay cinco (5) entidades que lo han hecho bien, el Sistema sí funciona y el Sistema sí es efectivo, ¿por qué ellos lo han hecho bien?, ¿por qué ha faltado el control en las otras entidades?, entonces aquí hay un análisis profundo doctor Uribe de lo que han sido estos 26 años, de lo que ha pasado con la salud de nuestro país y también hacer un llamado, no más planes de mejoramiento, planes y planes y planes y planes de mejoramiento desde la Superintendencia y allí han trasegado muchos años, doctora y tenemos que decirlo y nos acogemos al Plan y nos acogemos al Plan. Aquí pasó por este escenario, hace pocos minutos, señora Delegada la Superintendencia y más planes doctora Diana y más planes de mejoramiento, pero el mejoramiento no se da y las cifras y el cuadro sigue en rojo y los pacientes siguen esperando una buena prestación de los servicios de salud.

Entonces yo creo que aquí hay muchas reflexiones que hay que hacer, aquí hay muchas medidas que hay que tomar, esto no puede ser eterno, estas... ese cuadro rojo podríamos en la siguiente Sesión señor Presidente traer y si quiere me comprometo a que miremos el cuadro de indicadores. ¿Hace cuánto está en rojo, 2 años, 3 años, 5 años, 8 años, 10 años? salió en el 2015, ¿esos indicadores fueron en el 2015, doctora Carmen Eugenia si no estoy mal? 2015, 2015 y ¿desde cuándo estamos en rojo y qué ha pasado? y hoy aquí nos desafía una EPS y no nos contesta y ni siquiera asiste al debate.

Entonces señor Procurador ¿nos ha faltado mano dura? Esos... todos los análisis que hoy debemos hacer ¿cuánta fue la libertad en estos 25 años?, entonces hoy todos llegamos a reclamar nuestro derecho aquí en este Auditorio, porque nosotros estamos representando a la gente que nos eligió, señor Presidente y los Honorables Senadores que nos acompañaron, nosotros los representamos a ustedes y por eso nos unimos hacer este debate, pero de verdad que hay mucho por hacer, hay mucho por cortar, hay mucha tela por cortar, pero especialmente hay mucho control, mucho control que hacer por parte de todas las entidades, por parte del ente rector que es el Ministerio, por parte de la Superintendencia y programas y programas y programas de mejoramiento, señora Delegada y también señor Procurador y señor Contralor y planes de mejoramiento y planes de mejoramiento.

Usted va un poco más allá con la sanción y planes de mejoramiento señor Contralor; entonces aquí yo creo que el único resultado que nos debe dejar como lo compartíamos con el señor Presidente, es el bienestar en la prestación del servicio de nuestros usuarios, de los usuarios de un Sistema de Salud que no entienden absolutamente nada de lo que se ha dicho esta... en este... en este escenario, simplemente reclaman una oportuna prestación de

los servicios de salud, con calidad, así que yo creo que mañana será otro gran día señor Presidente.

Presidente Comisión Séptima Senado, Honorable Senador Fabián Gerardo Castillo Suárez:

Estoy seguro de eso, señora Presidenta de Comisión Séptima de Cámara; creo que usted acuñó todas las consideraciones y las reflexiones al día de hoy de este gran debate; digamos dos (02) puntos fundamentales, hay algunos actores en el Sistema que lo prestan con calidad y eficiencia, hay otros que no lo hacen así y arrastran el Sistema hacia el fondo de la crisis. Tenemos que darle la razón a las EPS del Régimen Subsidiado que tienen muchísimos problemas con el recobro del No PBS, parece ser que es exactamente el mayor problema que ustedes tienen, porque tienen que recobrárselo a los entes territoriales que se encuentran la gran mayoría en unos estados financieros que no son los mejores; pero eso no lo exime de la responsabilidad de prestar un servicio de calidad y oportuno, así que hay que buscar los planes, hay que depurar el Sistema como lo hemos dicho y hoy tengo que darle las gracias por la claridad al Delegado de la Contraloría, lo cual nos dio con nombres, cifras y hacia donde se desviaron dineros de la salud de los colombianos, así que seguiremos mañana en esta Sesión, la levantamos hoy y continuamos mañana nueve (09:00 a. m.) de la mañana en este mismo recinto; muchísimas gracias a todos y espero que esto haya sido de mucha importancia para todos los colombianos.

Secretario, Comisión Séptima Senado, doctor Jesús María España Vergara:

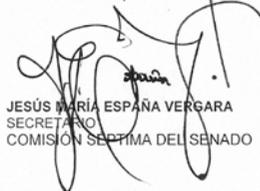
Siendo las tres y veintiocho (03:28 p. m.) de la tarde de hoy lunes 30 de septiembre de 2019. El señor Presidente declaró agotado el Orden del Día, levanta la Sesión y convoca para mañana nueve (09:00 a. m.) de la mañana en este mismo Auditorio, donde estaremos escuchando a las EPS que prestan servicios de salud, de las Cajas de Compensación Familiar y 4 EPS más del Régimen Subsidiado, incluyendo al doctor Jesús Esquivel, Representante Legal de Ecoopsos; doctor Esquivel, estaremos mañana acá y contamos con su presencia; gracias a todos y muy buenas tardes.


H. S. FABIÁN GERARDO CASTILLO SUÁREZ
PRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO


H. S. JOSÉ AULO POLO NARVÁEZ
VICEPRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO


H. R. NORMA HURTADO SÁNCHEZ
PRESIDENTA
COMISIÓN SÉPTIMA
H. Cámara de Representantes

H. R. HENRY FERNANDO CORREAL H
VICEPRESIDENTE
COMISIÓN SÉPTIMA
H. Cámara de Representantes


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO
COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO


EMIRO ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SECRETARIO (E)
COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA

A ESTA SESIÓN CONJUNTA, DE LAS COMISIONES SÉPTIMAS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA FUERON CITADOS LOS SIGUIENTES FUNCIONARIOS:

CITADOS

Nº	Nombre	Cargo	Delegación	Asistencia intervención
1	DOCTOR ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA	MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
2	DOCTOR JUAN PABLO URIBE RESTREPO	MINISTRO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	DOCTORA DIANA ISABEL CÁRDENAS-VICE-MINISTRA DE PROTECCIÓN SOCIAL	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
3	DOCTORA CRISTINA ARANGO OLAYA	DIRECTORA GENERAL ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)	OK	SÍ ASISTIÓ NO INTERVINO
4	DOCTOR FABIO ARISTIZÁBAL ÁNGEL	SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD	EXCUSA MARÍA ANDREA GO-DOY CASADIEGO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE LA ENTIDAD	SÍ ASISTIÓ NO INTERVINO
5	DOCTOR GUSTAVO MORALES COBO	PRESIDENTE ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL (ACEMI)		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO

N°	Nombre	Cargo	Delegación	Asistencia intervención
6	DOCTORA ELISA CAROLINA TORRENEGRA	DIRECTORA EJECUTIVA DE GESTARSALUD		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
7	DOCTOR JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA	DIRECTOR EJECUTIVO ACHC ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
8	DOCTORA OLGA LUCIA ZULUAGA	DIRECTORA EJECUTIVA DE ACESI		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
9	DOCTOR FERNANDO CARRILLO FLÓREZ	PROCURADOR GENERAL DE LA NACIÓN	GELMAN RODRÍGUEZ, PROCURADOR DELEGADO PARA LA SALUD, LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EL TRABAJO DECENTE	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
10	DOCTOR CARLOS ALFONSO NEGRET MOSQUERA	DEFENSOR DEL PUEBLO	CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO DELEGADA PARA EL DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
11	DOCTOR CARLOS FELIPE CÓRDOBA	CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA	DOCTOR JULIO CÉSAR CÁRDENAS URIBE – CONTRALOR DELEGADO SOCIAL	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
12	ASOCIACIONES DE PACIENTES		DOCTOR NÉSTOR ÁLVAREZ	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
13	DOCTOR JOSÉ VICENTE VILLAMIL	VEEDOR NACIONAL EN SALUD	OK	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
14	DOCTOR FABIO ESPITIA GARZÓN	FISCAL GENERAL DE LA NACIÓN (e)		NO ASISTIÓ NO INTERVINO
15	DOCTOR JAIME GONZALEZ MONTAÑA	PRESIDENTE COOSALUD	ENVÍO CÁMARA DE COMERCIO ACTUALIZADA DEL COOSALUD NIT 900226715-3 DONDE SE ESPECÍFICA QUE LA DOCTORA PAOLA GUTIÉRREZ DE PIÑERES ES REPRESENTANTE LEGAL. ENVÍO RESPUESTA 23 DE SEP.-2019	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
16	DOCTOR JESÚS ESQUIVEL	REPRESENTANTE LEGAL ECOOPSOS	OK ENVÍO RESPUESTA 23 DE SEP.-2019	SÍ ASISTIÓ NO INTERVINO
17	DOCTOR CARLOS FAJARDO P.	GERENTE EMSSANAR	ENVÍO RESPUESTA 19 DE SEP. 2019 REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DOCTOR HOMERO CADENA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
18	DOCTOR GUSTAVO ADOLFO AGUILAR	PRESIDENTE ASMET SALUD	CONFIRMÓ ASISTENCIA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
19	DOCTOR JUAN PABLO SILVA ROA	PRESIDENTE SALUDVIDA		SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO

N°	Nombre	Cargo	Delegación	Asistencia intervención
20	DOCTOR DANIEL DE CASTRO CHAPMAN DOCTOR JOSÉ JOAQUÍN CORTÉS	REPRESENTANTE LEGAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPÍ – ATLÁNTICO DIRECTOR DE SALUD CAJACOPÍ	ENVIÓ RESPUESTA 26 DE SEP. 2019 DOCTOR JOSÉ JOAQUÍN CORTÉS	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
21	DOCTOR ALEX FERNANDO MARTÍNEZ	PRESIDENTE MEDIMÁS	ENVIÓ RESPUESTA	SÍ ASISTIÓ NO INTERVINO
22	DOCTOR GALO VIANA MUÑOZ	GERENTE MUTUAL SER	OK ENVIÓ RESPUESTA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2019	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
23	DOCTOR JAVIER CÁRDENAS	GERENTE COMPARTA	ENVIÓ RESPUESTA 23 DE SEP-2019	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
24	DOCTOR LUIS ERNESTO BALOYES	GERENTE BARRIOS UNIDOS (AMBUQ)		NO ASISTIÓ NO INTERVINO
25	DOCTORA CAROLINA PINZÓN	GERENTE CAPITAL SALUD	ENVIÓ RESPUESTA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2019	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO
26	DOCTOR RAÚL CONSUEGRA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO ANAS WAYUU	CONFIRMO ASISTENCIA	SÍ ASISTIÓ SÍ INTERVINO

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve (2019).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, del Acta número 01 - Conjunta de fecha lunes treinta (30) de septiembre de dos mil diecinueve (2019), correspondiente a la Primera Sesión Conjunta, de las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República, de la Legislatura 2019-2020.

Lo anterior, conforme a la Proposición número 01, aprobada en sesión conjunta de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, en sesión de fecha 29 de octubre de 2019, según Acta número

03 conjunta y, al no haberse recibido corrección, aclaración ni modificación alguna, luego de transcurridas las 72 horas desde su envío a todos los integrantes de estas Células Legislativas, el día miércoles 30 de octubre de 2019, se entienden aprobadas y así se ordena su publicación en la *Gaceta del Congreso*.

El Secretario de la Comisión Séptima de Senado,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

El Secretario de la Comisión Séptima de Cámara,


EMIRO ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍNEZ