



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - Nº 544

Bogotá, D. C., jueves, 23 de julio de 2020

EDICIÓN DE 46 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN TERCERA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE

ACTA NÚMERO 018 DE 2020

(abril 21)

Sesión Ordinaria formal virtual

En la ciudad de Bogotá, D. C., siendo las 10:10 a. m. del día martes 21 de abril de 2020, se conectaron de manera virtual, los integrantes de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes bajo la Presidencia de la Comisión Tercera el honorable Representante *John Jairo Roldán Avendaño*; la Vicepresidencia de la Comisión Tercera, el honorable Representante *John Jairo Berrío López* y la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora *Elizabeth Martínez Barrera*.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Doctor Fabio buenos días, agradecerle que haya acatado nuestra invitación, al doctor Fabio, a la doctora Martha, señor Viceministro el doctor Moscoso, saludar los que estén aquí, contarles que quisimos recurrir a ustedes para no citar al señor Ministro, que sabemos que debe estar igual que ustedes en este corre corre por la situación en la que estamos, pero consideramos que la doctora Martha Lucía, usted señor Superintendente y el señor Viceministro, con cabalidad nos van a dar explicaciones y luces no solo a la Comisión Tercera que en este momento vamos a iniciar la sesión formal, sino a todas las personas que están enlazadas de las diferentes UTL de los miembros de esta Comisión, y adicionalmente, la gente que nos sigue en YouTube; porque hoy, hay mucha expectativa con esta gran reunión, ya que tenemos pues la Superintendencia acá y el Ministerio y el Instituto Nacional de Salud.

Darles la bienvenida, contarles que esta es una sesión plenamente formal, la Comisión Tercera ha liderado las sesiones formales de esta nueva era del Congreso de la República en la virtualidad, llevamos con estas ya cinco (5) reuniones virtuales, Ministerio de Hacienda, Ministerio de la Cultura, la DIAN, Ministerio de Trabajo, y ayer estuvimos en pleno con el señor Gerente General del Banco de la República y los miembros de la Junta Directiva. Entonces para nosotros y por la situación que atraviesa el país, es supremamente importante que estemos aquí en esta sesión, en este debate de control político, que más que un debate es una reunión proactiva, una reunión donde los miembros de la Comisión tenemos algunas inquietudes, tenemos algunas proposiciones, pero todo es en pro de que las cosas se vayan solucionando y también celebrar y enterarnos más a fondo de las decisiones que se tomaron a través de los decretos y la atención debida que se ha dado a través del Ministerio y a través de la Superintendencia. Entonces, señora Secretaria le pedimos al señor Superintendente, al señor Viceministro y a la Directora del Instituto Nacional de Salud, nos tengan un poquito de paciencia en esta parte inicial, que es una parte protocolaria formal, como siempre lo han visto ustedes en las sesiones presenciales, pero vamos a iniciar lo más pronto posible con la formalidad del debate. Entonces, señora Secretaria sírvase por favor llamar a lista dando por iniciada formalmente esta reunión virtual del día de hoy.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Con gusto Presidente.

La doctora Elizabeth Martínez Barrera, Secretaria General, por orden de la Presidencia procedió hacer el llamado a lista en la Comisión Tercera de la Cámara y contestaron los siguientes honorables Representantes:

Amar Sepúlveda José Gabriel (Cambio Radical - Atlántico)

Arana Padauí Yamil Hernando (Conservador - Bolívar)

Arroyave Rivas Fabio Fernando (Liberal - Valle del Cauca)

Berrío López Jhon Jairo (Centro Democrático - Antioquia)

Betancourt Pérez Bayardo Gilberto (Cambio Radical - Nariño)

Bonilla Soto Carlos Julio (Liberal - Cauca)

Cabrales Baquero Enrique (Centro Democrático - Bogotá)

Cárdenas Morán John Jairo (Partido de La U - Cauca)

Carrasquilla Torres Silvio José (Liberal - Bolívar)

Carreño Marín Carlos Alberto (FARC - Bogotá)

Celis Vergel Juan Pablo (Centro Democrático - Norte de Santander)

Farelo Daza Carlos Mario (Cambio Radical - Magdalena)

Garcés Aljure Christian Munir (Centro Democrático - Valle del Cauca)

González Duarte Kelyn Johana (Liberal - Magdalena)

Manzur Imbett Wadith Alberto (Conservador - Córdoba)

Miranda Peña Katherine (Partido Verde - Bogotá)

Moreno Villamizar Christian José (Partido de La U - Cesar)

Ortiz Joya Víctor Manuel (Liberal - Santander)

Osorio Salgado Nidia Marcela (Conservador - Antioquia)

Pérez Pineda Óscar Darío (Centro Democrático - Antioquia)

Piedrahíta Lyons Sara Elena (Partido de La U - Córdoba)

Puentes Díaz Gustavo Hernán (Cambio Radical - Boyacá)

Racero Mayorca David Ricardo (Coalición Lista de la Decencia - Bogotá)

Rico Rico Néstor Leonardo (Cambio Radical - Cundinamarca)

Roldán Avendaño John Jairo (Liberal - Antioquia)

Valdés Rodríguez Edwin Alberto (Centro Democrático - Caquetá)

Villamil Quessep Salim (Cambio Radical - Sucre)

Zabaraín D'Arce Armando Antonio (Conservador - Atlántico)

Zuleta Bechara Erasmo Elías (Partido de la U - Córdoba).

Contestaron a lista de manera virtual veintinueve (29) honorables Representantes.

Señor Presidente, han contestado a lista veintinueve (29) honorables Representantes, existe quórum para decidir.

En el transcurso de la sesión se hicieron presentes de manera virtual los siguientes honorables Representantes:

Carrillo Mendoza Wílmer Ramiro (Partido de la U – Norte de Santander)

López Morales Nubia (Liberal - Santander).

En total se hicieron presentes de manera virtual dos (2) honorables Representantes.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias Elizabeth. Le pongo de antemano a los compañeros, está el chat para que tengamos las comunicaciones internas, sobre todo en el uso de la palabra y vamos a leer el orden del día, Elizabeth, para proceder a su votación.

Interviene la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

De igual manera Presidente, se está transmitiendo, como siempre, por el canal de YouTube, facilitado por la oficina de prensa de la Cámara que también está presente en todas las reuniones, Presidente. Orden del día para la sesión virtual del día martes 21 de abril de 2020:

CÁMARA DE REPRESENTANTES

COMISIÓN TERCERA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE

(Asuntos Económicos)

sesión Ordinaria Virtual

ORDEN DEL DÍA

de la sesión formal virtual del día martes 21
de abril de 2020

HORA 10:00 a. m.

I

Llamado a lista y verificación del quórum.

II

Citación debate de Control Político según proposición número 010, del 16 de abril de 2020, suscrita por los honorables Representantes Jhon Jairo Roldán Avendaño, Víctor Manuel Ortiz Joya, Christian José Moreno Villamizar, Juan Palo Celis Vergel y Aymil Hernando Arana Padauí y Otros Representantes de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara De Representantes.

CITADOS: Superintendente de Salud, doctor *Fabio Aristizábal Ángel*; Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora *Martha Lucía Ospina Martínez*; el señor Viceministro de Salud, doctor *Luis Alexander Moscoso Osorio*; en el marco de vigencia del Decreto 417 de 2020, por el cual se declara el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, se sirvan informar a

esta Comisión qué medidas se han tomado o piensan tomar sus despachos con el fin de mitigar los efectos sociales y de salud que esta situación está generando en el país.

Esta situación, atendiendo lo previsto en la Resolución 0777, del 6 de abril de 2020, emanada por la Mesa Directiva de la Cámara de Representantes, por medio de la cual se adoptan decisiones y medidas necesarias y procedentes para lograr en la Cámara de Representantes una eficiente labor legislativa mientras subsista la declaración de emergencia sanitaria que signifique un grave riesgo para la salud o la vida, y por lo tanto impida la participación física de los congresistas, funcionarios y trabajadores.

III

Lo que propongan los honorables Representantes a la Cámara.

Señor Presidente leído el orden del día.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias Elizabeth, leído el orden del día, se pone en consideración, anuncio su discusión, anuncio que va a cerrarse, se cierra. ¿Cómo vota la Comisión Tercera Constitucional el orden del día, Elizabeth?

En uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Por el SÍ, aprobando el orden del día de la sesión formal virtual del día martes 21 de abril de 2020. Votaron los siguientes honorables Representantes:

Amar Sepúlveda José Gabriel
 Arana Padauí Yamil Hernando
 Arroyave Rivas Fabio Fernando
 Berrío López Jhon Jairo
 Betancourt Pérez Bayardo Gilberto
 Bonilla Soto Carlos Julio
 Cabrales Baquero Enrique
 Cárdenas Morán John Jairo
 Carrasquilla Torres Silvio José
 Carreño Marín Carlos Alberto
 Celis Vergel Juan Pablo
 Farelo Daza Carlos Mario
 Garcés Aljure Christian Munir
 González Duarte Kelyn Johana
 López Morales Nubia
 Manzur Imbett Wadith Alberto
 Miranda Peña Katherine
 Moreno Villamizar Christian José
 Ortiz Joya Víctor Manuel
 Osorio Salgado Nidia Marcela
 Pérez Pineda Óscar Darío
 Piedrahíta Lyons Sara Elena
 Puentes Díaz Gustavo Hernán

Racero Mayorca David Ricardo
 Rico Rico Néstor Leonardo
 Roldán Avendaño John Jairo
 Valdés Rodríguez Edwin Alberto
 Villamíl Quessep Salim
 Zabaraín D'Arce Armando Antonio
 Zuleta Bechara Erasmo Elías.

En total votaron treinta (30) honorables Representantes.

Señor Presidente, han votado treinta (30) honorables Representantes el orden del día, el orden del día de la fecha ha sido aprobado.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias Elizabeth. Muy amable. Para indicarle al señor Superintendente, a la Directora del Instituto Nacional de Salud, y al señor Viceministro, que 30 Representantes acaban de votar, en la totalidad de 31 Representantes que componen esta Comisión Tercera Constitucional. Procedamos entonces, Elizabeth, con el orden del día.

Interviene la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Sí señor Presidente. Segundo: *citación debate de control político*, según Proposición número 010 del 16 del 2020, en el cual están citados los señores Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel quien se encuentra presente en la sesión, la señora Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina Martínez y el señor Viceministro de Salud, doctor Luis Alexander Moscoso Osorio, que también me dicen se encuentra presente en la sesión, en el marco de vigencia del Decreto 417 de 2020, señor Presidente, se sirvan informar a la Comisión qué medidas han tomado o piensan tomar sus respectivos despachos con el fin de mitigar los efectos sociales y de salud que esta situación está generando en el país. Esa es la citación, Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Perfecto, Elizabeth. Darles nuevamente la bienvenida al señor Superintendente, al señor Viceministro, a la doctora Martha Lucía, Directora del Instituto Nacional de Salud, les contamos que la dinámica de estos debates que hemos tenido, es que en este caso los citados cada uno de ustedes va a tener un espacio inicial para que esbocen las políticas desde su cartera, desde su despacho; el tiempo, no tenemos problema con el tiempo, lo que ustedes consideren y seguidamente los miembros de la Comisión toman el uso de la palabra para debatir algunas de las afirmaciones que ustedes acaben de exponer o en su defecto hacer unas nuevas preguntas y se termina con la explicación de cada uno de ustedes.

Yo quisiera que, muy breve, muy breve, antes de darle formal por esto de la virtualidad pues no los estamos viendo, que cada uno de ustedes nos diera un saludo corto y ya les explicamos la dinámica. Tengo entendido que el señor Viceministro tiene una reunión a las 11:00 a. m.; con la venia de usted señor Superintendente y la doctora Martha Lucía, quisiera entonces que por la novedad que tiene el señor Viceministro, ahorita en la formalidad ya de la explicación, hablará primero en el orden del día el señor Viceministro, seguidamente la doctora Martha Lucía y cierra usted señor Superintendente. Entonces, le pediría que simplemente un saludito como para verlos, pues ya nosotros los conocemos ampliamente pero el doctor Moscoso que recién se vinculó al gobierno, al señor Superintendente sí lo conocemos y le conocemos toda la trayectoria que ha hecho en la Superintendencia, y a la doctora Martha Lucía la hemos visto en todas estas alocuciones al lado del señor Presidente, entonces les vamos a dar video y sonido para que...

Interviene el honorable Representante Víctor Manuel Ortiz Joya:

Presidente, una moción de orden, por favor.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí, Víctor.

En uso de la palabra el honorable Representante Víctor Manuel Ortiz Joya:

Presidente, gracias. Presidente, lo habíamos manifestado en las Sesiones anteriores, yo pienso, o nosotros entendemos y entendemos que, en esta situación del país, los altos funcionarios del gobierno tienen que cumplir reuniones en Presidencia y estar al frente en esta situación. Pero yo quiero honrar la palabra de esta Comisión y ser coherentes en esta Comisión, lo habíamos manifestado, lo habíamos expresado que los altos funcionarios pues también debían darles la connotación a estos debates, y yo creo que este tema de salud y en lo que tiene que ver con los recursos económicos para nuestras regiones, tiene que estar presente, señor Presidente, el Ministerio de Salud, si bien es cierto...

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Víctor, yo entiendo plenamente y la Comisión ha sido rigurosa en que los funcionarios citados. El señor Viceministro solo nos pide de 11:00 a. m. a 11:30 a. m., 11:40 a. m. máximo, que él va a atender un tema de la bancada del Valle del Cauca muy corto, él desde ayer se comunicó conmigo y le dije no pues también tenemos que hacer, pero usted tiene razón Víctor; yo hago esta claridad porque el señor Superintendente con toda la disposición, la señora Directora del Instituto Nacional de Salud y el señor Viceministro, pero yo quiero que ustedes me acompañen en esta pequeña dispensa que le damos al señor Viceministro y lo vamos a tener porque esta no va a ser una sesión corta, pero usted tiene razón Víctor, usted tiene razón y por eso el señor

Viceministro dijo: no, yo llego temprano, estoy hasta las 11:00 a. m., él también se va a conectar en una reunión también virtual paralela a esta y lo vamos a tener ahí; se aleja un poquito de nosotros mientras interviene en la otra reunión, pero va a estar ahí con nosotros, Víctor.

Toma la palabra la honorable Representante Katherine Miranda Peña:

Presidente, una moción de orden.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí Katherine, cómo no.

En uso de la palabra la honorable Representante Katherine Miranda Peña:

Claramente hay que entender la situación del señor Viceministro, todo el mundo necesita respuestas, sin embargo, muy en la línea del compañero Víctor, una reunión de bancada del Valle del Cauca no es lo mismo que una citación de control político de la Comisión Tercera, entonces dejo eso sobre la mesa; y dos, que como lo hemos hecho en todos los debates de control político, para mí y creo que hablo en nombre de mis compañeros de la Comisión, es importante que se nos responda cada una de las preguntas a título propio y hablándole a cada Congresista y no generalidades, por favor, Presidente. Muchas gracias.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Perfecto, Katherine.

Toma la palabra el honorable Representante Óscar Darío Pérez Pineda:

Presidente, una moción de orden.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí doctor Óscar Darío.

En uso de la palabra el honorable Representante Óscar Darío Pérez Pineda:

Muchas gracias señor Presidente. Yo entiendo que realmente todas las Comisiones queremos tener los funcionarios en el marco legal y constitucionalmente que corresponde, pero también debemos entender, de que hay una catarata de citaciones de todas las Comisiones, no solo de la Tercera, sino de la Primera a la Séptima, y también las Comisiones legales, hasta la de Ordenamiento Territorial, y las plenarios, y la verdad es que nosotros tenemos que ser un poco comprensivos en esa materia. Yo, eso no lo volvería una camisa de fuerza, porque de lo contrario estaríamos actuando, entonces, cuando lo tengamos aquí, entonces la Comisión Séptima de Senado se molesta porque no están allá.

Esta mañana habló el señor Ministro de Salud por *La W*, y *La W* le dijo: solamente cinco...

Interviene el honorable Representante Víctor Manuel Ortiz Joya:

Qué pena Óscar Darío, yo no lo escuché porque estaba en otros temas.

Toma la palabra el honorable Representante Óscar Darío Pérez Pineda:

Pero déjame hablar a mí, Víctor, qué pena.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Termine doctor Óscar Darío.

En uso de la palabra el honorable Representante Óscar Darío Pérez Pineda:

Entonces, esta mañana el Ministro de Salud fue entrevistado por cinco minutos y decían los mismos periodistas que entendían sus grandes dificultades y sus grandes preocupaciones, yo tampoco quisiera pues, y con todo respeto, eso es lo que yo pienso, Víctor, vos pensás otra cosa, yo te la respeto.

Interviene el honorable Representante José Gabriel Amar Sepúlveda:

Presidente una moción de orden.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Discúlpenme, aquí no vamos a armar una polémica en este sentido. Hoy, por ejemplo, nosotros porque fuimos juiciosos en días anteriores, hoy la Comisión Primera tiene citados ocho ministros, entonces hay que entender que alguna cosa pueden tener en un momento dado.

Interviene el honorable Representante Armando Antonio Zabaraín D'Arce:

Presidente, una moción de orden.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Discúlpeme médico que voy a hacer esta explicación y vamos a hacer el debate como lo hemos hecho y no asustemos al señor Superintendente y a los citados, porque hubiéramos hecho nosotros esta polémica de 9:00 a. m. a 10:00 a. m. y empezamos a las 10:00 a. m. la reunión oficial, ¡No! Aquí hay una cosa muy clara, el señor Viceministro, con el mayor de los respetos, desde el día de ayer me dijo: señor Presidente estoy listo, simplemente me voy a disculpar un lapso de tiempo corto, entre 11:00 a. m. y 11:30 a. m., 11:35 a. m., eso no tiene problema.

Es más, nosotros en el campo de la salud tenemos una ventaja, tenemos un Superintendente que trabaja, yo creo que no hay una Superintendencia que trabaje más de la mano con una cartera que la Superintendencia de Salud. Vamos a tener el Superintendente, vamos a tener la Directora, y por eso lo dije al principio, no citamos al señor Ministro por respeto, porque él está al lado del señor Presidente, demás que no es el respeto que han tenido las Comisiones Séptima de Senado y Cámara y otras; pero yo les pido compañeros que organicemos el debate como lo hemos venido haciendo, ya me manifestaron por el chat que vamos a intervenir cada uno, no por bancadas, lo que consideren, no tenemos ningún problema, tenemos plenaria a las 3:00 p. m., los funcionarios me imagino que saben

esta dinámica, entonces cuentan con el tiempo debido, discúlpeme médico, le voy a dar la palabra a usted, cerramos las mociones y le damos pie al debate. Médico, tiene la palabra doctor Zabaraín.

Toma la palabra el honorable Representante Armando Antonio Zabaraín D'Arce:

Presidente, era en el mismo sentido que usted está esbozando, nosotros consideramos que es pertinente media hora que se ausente el señor Viceministro, no es un tema que puede cortarlo, mientras tanto los otros funcionarios nos pueden ir respondiendo las preguntas que hagamos, yo creo que aligeremos el debate, aprovechemos el tiempo, sigamos como usted lo ha planteado, gracias, señor Presidente.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muy amable médico. Vamos a entrar en el debate, señor Viceministro, doctora Martha Lucía, señor Superintendente, simplemente un saludito para apagar un poquito la frialdad de esta virtualidad, un saludo sin discursos y empezamos con el señor Viceministro que hablaría unos 15 a 20 minutos. Doctora Martha Lucía la escuchamos, entonces, para el pequeño saludo. Sonido para la doctora Martha Lucía.

Hace uso de la palabra la Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Buenos días para todos, buenos días Presidente doctor Roldán, muchas gracias por la invitación y por la oportunidad de hablar con ustedes ampliamente y detalladamente responder las preguntas que tengan. Este es un proceso bastante complejo que creo que amerita muchísima información, información técnica, tiene muchísimas aristas, apenas está comenzando, es un fenómeno, además, no como fenómeno epidemiológico que son conocidos, sino como en particular esta enfermedad desconocida para la humanidad y estamos haciendo algo así como una gerencia día a día, porque la evidencia epidemiológica arroja cada día el comportamiento más fiel para Colombia y sobre ese vamos tomando diferentes decisiones. Entonces, con mucho gusto estaré aquí para responder las preguntas y para explicarles todo lo que esté en mis manos.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muy amable doctora. Señor Viceministro.

Hace uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

Buenos días, señor Presidente, buenos días a todos los miembros de la Comisión y a todas las personas que participan. Quería comentarles que en el periodo corto de espacio que voy a estar, de todas formas, nosotros vinimos los dos Viceministros a atender esta convocatoria. Está la doctora María Andrea Godoy, que le voy a dar, si usted lo permite, seguidamente la palabra, nos va a acompañar también en toda la sesión, para que esté el Ministerio

en todo momento representado en esta reunión. Señor Presidente, muchas gracias.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted señor Viceministro. Un saludo a la doctora María Andrea Godoy, la otra Viceministra de la cartera de salud.

Toma la palabra la señora Viceministra de Salud, doctora María Andrea Godoy:

Buenos días, señor Presidente, buenos días, muchas gracias; como dice el Viceministro, estaremos aquí presentes durante toda la sesión para poder atender a todas las recomendaciones y preguntas que tengan ustedes al respecto.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muy amable y bienvenida a la sesión. El señor Viceministro que debe tener contento al doctor Zabaraín y al doctor Amar, de allá de Barranquilla, nos trajo y por ende pues a sus amigos y a esta Comisión, nos trajo a la señora Viceministra también. Señor Superintendente, un saludo corto, y buenos días y bienvenido nuevamente a la Comisión.

Hace uso de la palabra el señor Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Doctor John Jairo buenos días, muchas gracias por sus generosas palabras con nosotros, acá estaremos pendientes, un saludo especial al Vicepresidente, al doctor John Jairo Berrío también, a todos los Representantes, a mis compañeros del gobierno, al Viceministro, a la Viceministra y a la doctora Martha, y con mucho gusto doctor John Jairo aquí vamos a estar pendientes para resolver todas las preguntas que tengan y todas las acciones que estamos implementando desde el Gobierno. Para mí es un placer de verdad estar con la Comisión Tercera.

En uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muy amable señor Superintendente, sabemos de la importancia y del papel que usted juega en este momento, no solo en esta crisis, sino en el tema de la salud en general, y es un placer para nosotros tenerlo acá. señor Viceministro tiene el uso de la palabra. A los compañeros les digo que estoy muy pendiente del chat, ya están pidiendo la palabra indistintamente de las bancadas, les pido el favor que estemos atentos a la exposición de los Viceministros, del señor Superintendente y de la doctora Martha Lucía, como Directora del Instituto Nacional de Salud, para que las inquietudes que tengamos, que ya se nos sean absueltas en este lapso, pues no las repetamos en nuestra intervención. Señor Viceministro tiene el uso de la palabra.

Toma la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

Muchas gracias, señor Presidente, yo quisiera, como me hicieron una pregunta abierta, ¿qué

se ha hecho y qué se va a hacer dentro de este Viceministerio?, yo quiero aprovechar para hacer la presentación global del Ministerio y luego la complementa en todos los demás apartes la señora Viceministra María Andrea. Si ustedes me permiten, les voy a colocar una presentación.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Bien pueda señor Viceministro.

En uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

Vamos a hacer un pequeño resumen muy corto en cinco contenidos: Estado actual de la pandemia, medidas adoptadas en Colombia, lo que tiene que ver con el plan de contingencia, el efecto de pruebas diagnósticas que ha tenido unas preguntas muy grandes y todos los temas de financiación.

El estado actual de la pandemia: estas fueron las proyecciones que se hicieron, inicialmente que nos entregó el Instituto Nacional de Salud, que nos decía que en un espacio de catorce (14) semanas podríamos tener una infección equivalente a cerca de veintidós (22) millones de colombianos y que en el día pico de la infección podríamos tener alrededor de novecientos mil (900.000) personas infectadas, lógicamente tendencia que nosotros consideramos que no era posible atender y por eso se empezaron a hacer una serie de acciones tendientes a controlar los efectos de la pandemia, el mismo Instituto nos entregó en su momento los efectos que podríamos tener si tomábamos algunas medidas como cerrar escuelas, como aislamiento en domicilio, el distanciamiento social, la cuarentena en el domicilio, el aislamiento de adultos mayores; y como sería el comportamiento de todas las medidas conjuntas, si lo observan en el último ítem, el 69% , si tomábamos toda una serie de medidas podríamos lograr un cambio de comportamiento.

Este cambio de comportamiento se previó, en hacer una serie de actividades...

Interviene la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Señor Viceministro disculpe, Presidente no se está viendo nada de lo que el señor Viceministro está manifestando. Tiene que compartir la pantalla señor Viceministro.

Continúa en el uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

Permítame un momento.

Interviene el honorable Representante Wilmer Ramiro Carrillo Mendoza:

Presidente, es importante que si se hace una presentación nos la faciliten, por favor, Viceministro.

Interviene el honorable Representante Óscar Darío Pérez Pineda:

Y, además debe comenzar.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Perfecto. Sigamos. Elizabeth, tengamos los micrófonos cerrados por favor. Señor Viceministro, bien pueda.

Continúa en el uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

El señor Presidente tiene esta presentación en su Whatsapp para en el momento que lo estime conveniente compartirla. No sé si en este momento la están viendo, señor Presidente.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Ya se está viendo señor Viceministro.

Retoma el uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Alejandro Moscoso:

Muy rápidamente la proyección inicial, con las curvas iniciales presentadas por el Instituto que se basaron en los estudios en China, los efectos que podrían tener de acuerdo al Imperial College el impacto de las medidas proyectados, y esta es simplemente una diagramación de cómo se podría hacer un tema de contención, el objetivo es lograr tener una curva lo menos inclinada posible para lograr que los servicios de salud puedan atender a la población, lograr llevar en el tiempo lo máximo posible la cantidad de personas infectadas que reduzca la mortalidad, pero también, que permita reducir los impactos sociales de la epidemia.

Como tres grandes objetivos, reducir la mortalidad, segundo tener un Sistema de Salud competente y disminuir los efectos sociales que tiene la pandemia. Esto se proyectó y se organizó, y el comportamiento que ha tenido la pandemia ha sido una disminución progresiva en el número de casos, aquí estamos viendo las diferentes curvas de tendencia, donde vemos que día a día tenemos una disminución de la tasa efectiva de reproducción. La tasa efectiva de reproducción es, una persona cuántas puede infectar; lo que se venía al inicio de la pandemia era alrededor de 2,4 a 2,6 personas, infectaba cada persona que pudiera tener la infección. En este momento podemos estar en algunas ciudades por debajo de uno, lo que se llama una fase de supresión que es la evolución, y aquí observarán cómo ha venido disminuyendo, y eso ha venido asociado a cada una de las medidas que ha adoptado el Gobierno nacional.

Aquí tenemos, por ejemplo, el comportamiento de cómo ha sido la pandemia, de cómo hubiera sido si hubiéramos tenido una tasa de crecimiento sin intervención, y de cómo habría sido la proyección, en el escenario que estamos en este momento, que es una transmisión por debajo de uno.

En este momento nosotros venimos con lo que dice el señor Ministro, que es aplanamiento de la tendencia de la curva, o sea, no estamos haciendo un efecto exponencial, sino estamos haciendo un

efecto de crecimiento lineal, que si ustedes revisan los últimos días, venimos con un comportamiento estable de casos, o sea, todos los días venimos con un número muy similar de casos diagnosticados, esto se produce efecto de todas las medidas.

Quiero comentar seguidamente, vamos a la fase II, que son, ¿qué medidas tomó el Gobierno nacional para lograr ese tema de aplanamiento de la pandemia? Lo primero que se hizo fue el 6 de febrero, el Instituto adquiere la capacidad para realizar pruebas, en este momento todavía no teníamos, estábamos en fase de preparación. Desde el 28 de febrero, mucho antes del primer caso, se les pidió examen a los viajeros al ingreso. El 4 de marzo ya presentamos el plan territorial para el control de la pandemia y compartimos con todos los territorios lo que podría ser ese plan y empezamos a diseñar todas las actividades que hoy se están ejecutando.

El 5 de marzo, igualmente lo hicimos con las EPS, después lo hicimos con los entes territoriales, alcaldes y gobernadores, posteriormente lo hicimos con las IPS, hicimos todo un tema de formación en esa semana. El 6 de marzo, ya se presenta nuestro primer caso, y establecemos el puesto de mando unificado con la presencia del señor Presidente y todo el gabinete. El 7 de marzo lanzamos la CoronApp, que es una estrategia de información, guía, educación, pero también de seguimiento a los pacientes y a toda la población en general. El 10 de marzo, ya establecemos la línea nacional. El 11, empezamos con los temas asociados a la disponibilidad de tapabocas, que generó escasez producto del inicio de la pandemia; entonces, iniciamos con toda la declaración como dispositivo vital no disponible con el fin de fomentar la importación, pero también sitiaron todas las medidas para liberación de aranceles, suspensión de IVA y otros que permitieran y estimularan la producción nacional de estos elementos. El 12 de marzo, ya estábamos haciendo la supresión de eventos de más de quinientas (500) personas y empezamos el proceso de aislamiento de viajeros y tripulantes. El 13 de marzo se inicia teletrabajo y Bogotá inicia las pruebas de laboratorio.

El 15 de marzo se hace suspensión de ingreso de extranjeros y se hace un cierre de los pasos fronterizos. El 16 de marzo, se suspenden las clases. El 17 de marzo, se declara el estado de emergencia. El 18 de marzo, se suspenden eventos y se clausuran establecimientos de ocio y entretenimiento. El 22 de marzo se hace suspensión de ingreso de pasajeros por vía aérea, se hace la prohibición de exportaciones y reexportaciones de elementos vitales que se producen en Colombia. El 25 de marzo, se inicia el proceso de aislamiento obligatorio que va acompañado de casi ochenta (80) circulares instructivas, de cómo comportarse en cada uno de los sectores y en cada uno de los ambientes. El 27 de marzo, se suspende la operación de vuelos.

El Instituto, el 28 de marzo, obtiene la primera secuencia del genoma del virus, lo que nos permitió establecer ese primer caso cuándo entró. El 26 de febrero entró el primer caso procedente de España.

El 30 de marzo, se determinan disposiciones para garantizar el ingreso de migrantes. El 31 de marzo, ya la cantidad de casos presentes en el país que no tenían un diagnóstico, una cadena comprobada superaba el 10% y se declaró el inicio de la fase de mitigación; pero adicionalmente, paralelamente vienen otros aspectos y otras regulaciones para el mercado internacional para que podamos ingresar unos elementos como vitales no disponibles. El 2 de marzo, se hacen lineamientos sobre el programa ampliado de inmunizaciones y la vacunación extramural de los adultos mayores, proceso que ya está en proceso.

El 3 de abril, se hace la expansión de la estrategia en las cuatro fases que las vamos a mencionar ahora en toda la parte hospitalaria. El 4 de abril, se hace un decreto para la exposición de adquisición de elementos médicos, se hace el tapabocas. El 6 de abril, se amplía el aislamiento preventivo. El 11 de abril, tenemos un hecho desafortunado de dos (2) médicos, y empezamos a trabajar en normas correspondientes a la emergencia social y económica; y el Ministerio, el 12 de abril, y Presidencia sacan el Decreto 538 que regula todas las actividades del sector; y venimos adoptando todas las medidas de bioseguridad y ahora el señor Presidente prolongó esta cuarentena o este aislamiento obligatorio preventivo hasta el 11 de mayo, pero se viene un aumento progresivo de sectores, inicialmente se dieron treinta y cuatro (34) excepciones, posteriormente treinta y siete (37) y para la nueva cuarentena se va a ver un nuevo decreto.

Aquí ustedes pueden observar y pueden ver los tiempos en los cuales Colombia tomó las medidas en comparación con otros países del mundo, no voy a hacer detalle de esta presentación, pero ahí encontrarán cómo se desarrolló en todo el mundo. Todas estas estrategias estaban guiadas a cuatro eventos: el primero, detener y contener los casos; segundo, mitigar la transmisión local de los casos; tercero, proteger los grupos de riesgo y cuarto, fortalecer las capacidades para la atención.

Resumiendo, para detener y contener los casos se tomaron todas las medidas para la disminución de la probabilidad de casos importados para todos los eventos de desarrollo y ampliación de la capacidad diagnóstica, de la vigilancia y la detección de los casos, de la detección y análisis de los casos que la doctora Martha nos va a comentar más adelante, el aislamiento obligatorio, las pruebas rápidas y todos los temas de flexibilización de requisitos para minimizar los efectos de la transmisión local, se hicieron fenómenos de aislamiento, restricción de eventos, cuarentena, se determinaron grupos prioritarios como adultos mayores, el cierre de escuelas, el aislamiento preventivo de otras personas, la cuarentena de la población y se declara como vitales no disponibles medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, reactivos, diagnósticos y otros.

Para proteger, se determinaron dos grandes grupos de riesgo, primero el adulto mayor, y a este adulto mayor inicialmente se identificó como el adulto mayor de 70 años, se le incorporaron todas

poblaciones menores de 70 años con patologías crónicas de hipertensión, diabética, enfermedad renal, y otras patologías, y se determinó el grupo de riesgo de talento humano como un riesgo o un grupo vital, y se determinaron acciones para su control.

En el adulto mayor, se determinó la ruta del adulto mayor, el sistema de atención psicosocial, la atención en casa por telesalud y atención domiciliaria, se determinó una línea de atención para el adulto mayor y sitios de atención con horarios preferentes para cosas que tuvieran que hacer exclusivamente los adultos mayores.

En talento humano se establecieron los temas de vacunación, se iniciaron todos los temas tendientes a la bioseguridad y a cómo estructurar todo el tema de manejo de todos los profesionales para evitar la congestión y el cansancio.

También, en la cuarta línea se fortalecieron las capacidades de atención que tiene que ver con la formación en el talento humano para que estuviera disponible, la reorganización de los servicios ambulatorios, para que en estos periodos de cuarentena se hicieran en su mayoría por telesalud, teleconsulta, atención domiciliaria, y se proyectaron todas las atenciones para servicios ambulatorios.

En talento y salud, entrenamiento intensivo de médicos, enfermeras, cursos de entrenamientos cortos, en los cuales ya llevamos un número importante de profesionales; se establecieron toda la normatividad de telesalud y telemedicina y la integración de otros grupos profesionales.

En servicio hospitalario, se reprogramaron consultas prioritarias, se cancelaron procedimientos quirúrgicos no vitales, se determinó el programa y amplio de hospitalización en casa, se ajustaron las guías de manejo general y de cuidado intensivo, se inició todo el proceso de dotación complementaria de ventiladores de UCI de hospitales y las rutas integrales de atención, y toda la ampliación de capacitaciones en las cuales trabajamos con el Superintendente para el tema de las entidades intervenidas, y con los entes territoriales para aumentar la capacidad en todo el país.

En los servicios ambulatorios, se trabajó con las guías de práctica clínica, con todos los procedimientos para teleconsulta, las rutas integrales de atención para toda la población en riesgo, todos los sistemas de atención domiciliaria, el tema de relacionamiento con médico asignado, programas de extensión hospitalaria, y flexibilización de requisitos.

Esto significa que nosotros tenemos una pandemia, en la cual, en enero la veíamos desde la distancia, lo veíamos como un proceso lejano, como un proceso que estaba, que conocía, que estamos aprendiendo. En el mes de febrero, ya estábamos en todas las fases de preparación que iniciaron desde febrero, y en el mes de marzo tuvimos nuestro primer caso, fase de contención y ya en el mes de abril estamos en fase de mitigación; un proceso extremadamente corto, el Ministerio de Salud y este Viceministerio ha trabajado más de doscientos (200)

decretos o lineamientos que se han establecido para cambiar el funcionamiento del país, pero esto en términos generales relaciona lo que hemos hecho.

Ahora, vamos a ver qué es lo que pensamos trabajar y cómo nos estamos desarrollando hacia adelante, decidimos que definitivamente para poder tener un mejor resultado que mitigar los efectos de esta pandemia, definitivamente aumentar la capacidad instalada, la capacidad hospitalaria era muy importante, especialmente, las unidades de cuidado intensivo ya que esta enfermedad afecta preferencialmente adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, y se produce un tema de necesidades de soporte ventilatorio, por eso las unidades de cuidado intensivo eran vitales, entonces, iniciamos en cuatro (4) fases.

La primera opción, es planificar y coordinar las acciones, temas que estamos haciendo con las entidades territoriales, pero también lo estamos haciendo con la Superintendencia Nacional y el Instituto, y con todas las entidades del país cómo se organiza la prestación de servicios de salud y cómo hacemos la gestión del talento humano, cómo proveemos vigilancia y control y cómo comunicamos a la sociedad y cómo gestionamos la información de todos estos eventos.

Todo se trabajó bajo unas premisas que íbamos a tener una población susceptible que podría estar entre 50% y 80%, en virtud de que nuestras poblaciones son jóvenes, un porcentaje menor de fumadores y tenemos una menor densidad poblacional. Nos fuimos por las apreciaciones conservadoras, tomamos información que en su momento teníamos sobre asintomáticos, que se calculaban el 12% y el 88% sintomáticos, de estos, el 80% iban a tener cuadros leves, el 15% cuadros severos o moderados y el 5% cuadros críticos, estos dos últimos que requieren hospitalización; y se hicieron unas proyecciones de las capacidades necesarias en hospitalización, en cuidado intermedio y en unidad de cuidado intensivo, y se determinaron cuatro fases de expansión.

La primera, que partía de los recursos actuales, cinco mil trescientas (5.300) camas de unidad de cuidado intensivo. Estas camas disponibles, nosotros consideramos que podíamos liberarlas en un 50%, al reducir los efectos que hoy tenemos en esas camas de unidad de cuidado intensivo. ¿Hoy cómo está? Hoy tenemos una ocupación, incluyendo los casos que están hospitalizados por coronavirus, entre el 40% y el 70% de las unidades de cuidado intensivo actuales, lo que nos permite prever que vamos a tener este porcentaje promedio de liberación. ¿Por qué hoy tenemos menos porcentaje? Porque tenemos menos accidentes de tránsito, porque tenemos menos lesiones personales, tenemos menos infecciones de vías respiratorias, porque el nivel del contacto de los otros virus respiratorios, al estar en aislamiento, han disminuido, tenemos menos pacientes que se hayan complicado de procesos programados quirúrgicos, porque los hemos aplazado; entonces, en este momento, la primera fase nos permite liberar alrededor de dos mil seiscientas

cincuenta (2.650) camas que están disponibles para atender Covid. A esas dos mil seiscientas cincuenta (2.650) camas, ya le podemos incorporar alrededor de seiscientas cincuenta (650) camas adicionales, correspondientes a ampliaciones que han realizado las entidades prestadoras de servicio, tanto públicas como privadas en el país, lo que significa que ya tenemos una capacidad mayor de expansión.

Tenemos una segunda fase, que es optimización de la capacidad instalada, en este momento el país tiene alrededor de tres mil novecientas (3.900) camas de cuidado intermedio, estas camas de cuidado intermedio hoy tienen elementos básicos para ese cuidado intermedio, pero tienen recurso profesional y especializado para atender estas camas. Entonces, la segunda fase es convertir de esas tres mil novecientas (3.900) camas, dos mil quinientas (2.500) en otras unidades de cuidado intensivo, que se manejarían con el mismo recurso y para esto les dotaríamos de ventilador y estamos en capacitación del grupo de médicos que haría el fortalecimiento de estas unidades; para estas dos mil quinientas (2.500) camas ya se inició un proceso de compra rápida, de las cuales ya tenemos alrededor de tres mil cuatrocientas (3.400) ya con contratos firmados y procesos en tiempos de entrega, para cumplir esta segunda fase que es quinientas (500) que esperamos muy rápidamente las tengamos disponibles.

La tercera fase, es una fase de expansión que se hace en la capacidad instalada actual, esto significa resto de camas de unidades de cuidado intermedio en los sitios que es pertinente tenerlas, o la conversión de camas de hospitalización, recordar que las entidades que tienen alta complejidad, sus habitaciones tienen disponibilidad de oxígeno, muchas con sistema de gases y otros que permiten la conversión. Relativamente pues no es fácil, pero la conversión relativa en unidades de cuidado intermedio, colocándoles un monitor, y en unidades de cuidado intensivo dotándolas de monitor y de ventilador, por eso los ventiladores en una buena proporción que se están adquiriendo, son de ventiladores con turbinas que les den una autonomía y se pueden instalar en estos sitios.

De estos, ya tenemos parte en proceso comprado, en proceso de que lleguen y estamos en negociación de unas nuevas cantidades de unidades de ventiladores y monitores, entendiendo que eso ha sido un proceso muy difícil; porque, así como estamos nosotros, están absolutamente todas las entidades del mundo comprando ventiladores y tenemos algunos países con unas mejores capacidades económicas. Entonces, ha sido un proceso complejo, pero el Gobierno nacional ha dado todo el apoyo y todos los recursos para que estas fases se cumplan.

Y vamos a terminar con una cuarta fase de expansión, que es la ampliación ya no de trecientas cincuenta (350), sino de dos mil trescientas cincuenta (2.350) camas, que la vamos a hacer en la fase final, para un total no de ocho mil (8.000) como está en la diapositiva, sino diez mil (10.000) camas de unidad de cuidado intensivo. ¿Cómo se disparan esas fases? Esas fases se disparan según utilización. Una vez

utilicemos el 40% de la capacidad instalada de una fase, inmediatamente se dispara la otra fase, porque en ese momento las cantidades o crecimiento de la pandemia serán a unas velocidades muy grandes y tendremos que hacerlo rápidamente.

Entonces, si ajustamos todo esto de acuerdo a la demanda, adicionalmente se planificaron y se coordinaron todos los eventos para contar con el recurso humano suficiente, se tienen ya los inventarios de elementos de protección personal que requieren, y se está en proceso de compra adicional por el Gobierno nacional de unas capacidades de reserva que permitan apoyar los picos. Se determinaron la cantidad de medicamentos, insumos y otros elementos necesarios para generar en cada una de sus fases, y se está en proceso, también de revisión y compra para tener unas capacidades instaladas mínimas. Se organizaron con las entidades territoriales todos los temas cómo van a funcionar las prestaciones de servicios de salud, ¿dónde serían?, ¿cómo sería?, ¿quién los atendería?, ¿de qué forma?, y toda la gestión del talento humano, porque definitivamente pues tenemos un talento humano reducido y en las fases tres y cuatro debemos tener unas mayores capacidades y se organizó la forma de proveerlo.

Vamos más adelante a mirar un poquito de detalle, básicamente esto está: una primera etapa, donde se organizaron hospitales Covid y hospitales no Covid; una segunda etapa, que pretende utilizar la capacidad de instalar actividades intermedio de las mismas instituciones; una tercera fase, que pretende utilizar las capacidades de estos mismos hospitales. Pero aquí en esta fase viene incorporación, por ejemplo: de áreas que no están utilizadas dentro de las mismas entidades o de nuevas entidades que estaban cerradas; por ejemplo: las clínicas de Saludcoop, en las cuales ya de las siete (7) clínicas, cinco (5) fueron entregadas a los entes territoriales, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, para hacer un proceso de atención, pero también se hicieron ampliaciones de capacidades instaladas en las entidades actuales, las cuales están trabajando, algunas de ellas también con la Superintendencia y otra directamente con cada uno de los entes territoriales y aquí tenemos la cuarta fase.

La cuarta fase es la fase de expansión, pero en esa cuarta fase también podemos utilizar otras estructuras como hospitales de campaña, hoteles, y otros elementos que nos permitan atender. Básicamente el resumen es, convertimos las unidades de cuidado intensivo, las desocupamos a la mitad, convertimos un número importante de unidades de cuidado intermedio en intensivo, convertimos un número importante de habitaciones en intensivos e intermedios, al convertir toda esa cantidad de habitaciones, los servicios de baja complejidad que atendían estos hospitales, no van a poder ser atendidos, entonces se sacaron esos servicios a otras áreas del mismo hospital, a nuevas entidades que estaban cerradas, y se está complementando con otras estructuras como hoteles, establecimientos

como coliseos y otros, donde se van a colocar servicios de muy baja complejidad y aislamiento de personas que requieren menos complejidad.

En lo que tiene que ver con especialidades priorizadas, se determinaron unos servicios y unas especialidades, esto es muy importante porque se les dio prioridad a estos grupos en todos los temas de dotación y elementos necesarios. Se determinaron unos planes de expansión para el talento humano, una primera fase que tiene que ver con teleasesoría, teleorientación en primera línea en salud. Se redistribuyeron gran parte de los profesionales a hacer estas actividades, hacer actividades de teleconsulta, teleorientación, atención domiciliaria, y se fortaleció la capacidad de los equipos en las entidades hospitalarias guiándolas a los servicios Covid.

En una segunda fase se está organizando una segunda línea de respuestas para los servicios priorizados y en una tercera línea, que incluyen otros perfiles de las especialidades no priorizadas que nos van a ayudar y el trabajo de residentes que no hubieran sido priorizados.

Tenemos una tercera fase de expansión en recursos, que incluye la utilización de médicos internos, de talento humano, otro talento humano con experiencia y trayectoria que no está vinculado para que lo podamos vincular, personal extranjero que esté en misiones humanitarias, talento humano que hoy no cuenta con la actualización pero que puede ejercer labores básicas, talento de las fuerzas militares y cómo utilizar el talento humano del adulto mayor, aún en estas fases a través de procesos de telemedicina o proceso de no riesgo. Y esperamos a la fase que no quisiéramos llegar, que es la expansión crítica, en el cual utilizamos aparte de eso otros prestadores de servicios de salud, entidades públicas, privadas, de orden ambulatorio, personas que desempeñen cargos administrativos, y tomar para actividades complementarias, no asistenciales directa, estudiantes de últimos semestres que hoy estén en el país. Con eso, esperamos poder tener el recurso suficiente, aparte de eso, viene un proceso de capacitación y formación sobre el cual ya llevamos cerca de un mes, para tener todo este recurso calificado y disponible en el momento que se requiera.

Ocho (8) criterios de priorización para la expansión y para los tamaños, el primer criterio principal es proporción total de población o sea cómo distribuimos los ventiladores, los monitores y las capacidades de acuerdo, primero, a la proporción total de población. Segundo, de acuerdo a la posibilidad que tienen los territorios efectiva a convertir camas, le colocamos unos plus, unos adicionales a departamentos priorizados. ¿Cuáles son los departamentos priorizados? Los departamentos de frontera por su riesgo, los departamentos del Pacífico, por ejemplo, Buenaventura, Tumaco y otros, que tienen una capacidad instalada no suficiente o no adecuada para prestación; también los territorios de esa Colombia profunda, los antiguos territorios nacionales, entonces le dimos un capítulo

especial para departamentos priorizados que tienen una mayor capacidad y unos auxilios y unos apoyos adicionales mayores.

Se determinaron departamentos de referencia, que son departamentos que reciben otros departamentos, se le dio una prioridad y un mayor tamaño a los departamentos que tienen poblaciones mayores de 60 años, pero también se les dio un mayor énfasis a los departamentos o las regiones que tienen una capacidad instalada menor de unidad de cuidado intensivo para hacer un tema de equidad, pero se le asociaron dos últimos requisitos, que es la proporción de pacientes Covid que se tienen en este momento, y las cantidades de UCI que tienen instaladas.

Sobre toda esta se determinaron las prioridades y una distribución de unidades que aquí tenemos como ejemplo, simplemente para comparación, ¿cómo están nuestras unidades de cuidado intensivo en el país? Como observarán, nuestro nivel de unidades de prevención no es tan bajo como en el mundo y tenemos unos departamentos con unas capacidades de unidad de cuidado intensivo mucho mejores que otros, y parte del proceso es lograr tener capacidades pues no iguales, sino capacidades ajustadas a cada riesgo, y si nos comparamos con el mundo, podemos ver que Colombia no está tan rezagada como algunas personas pudieron creerlo.

Con este proceso, se hizo un proceso de asignación de ocho mil (8.000) camas, las cuales, ya no son ocho mil (8.000), son diez mil (10.000) camas, porque elevamos, de acuerdo a las últimas proyecciones que nos dio el Instituto Nacional de Salud, esto va a cambiar ligeramente porque ya está ajustada a curvas de crecimiento territorial. También se está trabajando muy fuertemente en todo el tema de elementos de protección personal, teniendo claro que la primera línea son las IPS. Las IPS, hoy reciben por la prestación de servicio que hacen, unos recursos y dentro de esa prestación está la dotación de elementos de protección personal que se deben ofrecer tanto a sus trabajadores como a sus contratistas. Estas son obligaciones que tiene el prestador, pero entendemos las condiciones de escasez, entendemos las condiciones de mayor tarifa, y por eso se convocó a las ARL a que destinaran el 7% de sus recursos de todo el Sistema de Riesgos Profesionales destinados a la prevención, destinar el 7% para atender la compra de elementos de protección personal, de personal asociado al Covid.

Con eso esperamos, ya se hizo la primera entrega por alrededor de veinticuatro mil (24.000) millones de pesos a toda la red, sabemos que es insuficiente; por lo cual, siguen entregas periódicas a través de las ARL, y entendemos este proceso de baja de elementos de protección, por eso han venido concurriendo en el apoyo tanto los municipios, como los departamentos y la nación. La nación ahora miramos, hicimos una entrega, por ejemplo, en seis mil (6.000) millones de pesos, pero no solamente se ha trabajado en esto, se ha trabajado en lograr que haya producción de estos elementos. Se determinaron como elementos vitales no disponibles para fomentar la importación, se le

quitaron aranceles, se le retiraron IVA, y se hicieron estímulos para la producción nacional.

Hoy este tema de los elementos de protección tiene un buen comportamiento, la gran mayoría se encuentran en mejores disponibilidades y condiciones, hay algunos por su condición de importados que tienen algunas dificultades, pero al abrir, al darle apertura internacional, ya tenemos mejores ofertas y creemos que esto va evolucionando positivamente; más los elementos de reservas estratégicas que van a tener tanto los departamentos como la nación, nos va a permitir tener un plus adicional. Sabemos que en este tema, todavía no hemos logrado el ideal pero estamos trabajando muy fuertemente en lograrlo.

Por lo menos, esta fue la distribución inicial que había hecho Fasecolda, alrededor de veinte mil (20.000) millones de pesos en cada uno de los departamentos, ya me dice la vice que hoy ya van cuarenta y un mil (41.000) millones en recursos distribuidos, esta fue una compra que hizo el Ministerio de alrededor de seis mil (6.000) millones de pesos que los generamos como una reserva estratégica para los departamentos en el caso de crisis.

Seguimos con el tema de pruebas diagnósticas, pruebas diagnósticas que han sido un tema complejo, lo primero es que se dio todo el trabajo para fortalecer toda la red de laboratorios, desde lo estratégico, desde lo táctico y desde lo operativo, para lograr un mejoramiento y disposición de laboratorios. Hay que recordar que este virus es un virus nuevo, el Instituto fue la primera entidad certificada en Latinoamérica para ofrecer este tipo de entidad y lógicamente a partir de ese momento viene desarrollando un proceso de capacitación, fortalecimiento, compra de equipo, préstamo de insumos, epidemiólogos en zona, una serie de elementos para favorecer la capacidad diagnóstica del país.

En los tipos de pruebas que son diagnósticas, los tipos de pruebas que son diagnósticas son los PCR, las pruebas moleculares que inicialmente estaban disponibles solo en el laboratorio del Instituto de salud pública; luego se hizo un proceso para ampliar esto a siete laboratorios departamentales Medellín, Barranquilla, Valledupar, Pasto y Cali, y esto se hizo porque se encontró que eran los puntos de congruencia, donde podían tener los volúmenes mayores, donde podrían llegar otro tipo de laboratorio, pero esta inversión, para esto sí, es una inversión alrededor de quince mil (15.000) millones de pesos, pero esta inversión fue inicial porque se siguió trabajando con otros laboratorios de salud pública y se incorporaron algunas universidades de orden público y privado, las cuales se sumaron a esta gran cantidad de laboratorios, y posteriormente también se sumaron laboratorios de tipo privado, hoy tenemos más de veinte (20) laboratorios procesando y esperamos antes de un mes llegar a cincuenta y seis (56) laboratorios, lo que nos va a dar una capacidad diagnóstica con pruebas PCR muy amplias.

Este no ha sido un proceso fácil, la doctora Martha les ampliará en detalle la consecución de los isopos, de los elementos para la toma de la muestra, del medio de transporte viral, de los transportes entre ciudades, no ha sido un proceso fácil; ha sido un trabajo que se ha tenido que construir sobre la marcha, y a la cual se le han venido incorporando. Tenemos claro que hay unos temas en moras de estudios, parte de ellos generados en todo este proceso, llevar una muestra de Carmen de Bolívar-Cartagena, Cartagena-Bogotá, y luego el procesamiento en el Instituto genera dificultades, entendemos esa situación, entendemos también que hubo problemas de operación dentro de este camino, algunas muestras tuvieron dificultades de empaque, de embalajes, algunas tuvieron que repetirse, todos, como dice, gajes del oficio, sobre la cual se ha trabajado muy fuertemente para solucionarlo y mejorar los tiempos de espera.

El Instituto, tanto como los laboratorios departamentales de salud pública, las universidades y los laboratorios privados vienen haciendo un esfuerzo muy grande, ya se determinó que el país puede llegar cuando tenga todo esto a una capacidad diagnóstica de diecisiete mil (17.000) pruebas de PCR, muy similar a la que demandó por ejemplo Corea, un país similar a nosotros, con unas condiciones económicas muy superiores en las fases máxima. Yo entiendo que este ha sido un tema de inquietud, pero el país ha tenido las pruebas necesarias para los diagnósticos que ha realizado en este momento, viene una fase distinta, viene una fase de ampliar el horizonte diagnóstico, ya no solamente a las personas de riesgo, porque ya tenemos un mayor número de personas contagiadas, y ya tenemos una cantidad de virus libre que necesitamos saber dónde está y cómo medirlo. Lógicamente comprar diez mil (10.000) pruebas, diez mil (10.000) pacientes en cincuenta (50) millones es un proceso que no es fácil, por eso es un proceso dirigido, igual el Instituto viene trabajando, la doctora Martha les va comentando las estrategias de búsqueda de estos elementos con herramientas diagnósticas, pero también es oportuno empezar a mirar la prevalencia, cuántas personas tuvieron la enfermedad, cuántas personas por métodos más ligeros, más rápidos, y por eso se dio la autorización del ingreso de las pruebas serológicas al país.

Estas pruebas serológicas van a poder detectar un número importante de casos todavía activos, de personas que todavía presenten la enfermedad, pero lo más importante, nos van a permitir saber qué personas tuvieron la enfermedad, para saber qué cantidad de ese virus pudo haber estado circulando en diferentes momentos del país, entendiendo que cada prueba tiene unas condiciones y unas limitantes particulares. Esto fue lo que se distribuyó inicialmente a los laboratorios, no voy a entrar en detalle, aquí vienen los flujogramas de atención de cada una de las pruebas y viene el tema siguiente que tiene que ver con la financiación del sistema. Si el señor Presidente me lo permite, quisiera darle la palabra a la doctora María Andrea Godoy,

Viceministra de la Protección Social que de forma más detallada nos puede dar el reporte de todo el tema de financiación, para concluir esta presentación del Ministerio.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muchas gracias señor Viceministro, entonces, para esta explicación tiene el uso de la palabra la doctora María Andrea Godoy, buenos días doctora.

Hace uso de la palabra la Viceministra de la Protección Social, doctora María Andrea Godoy:

Buenos días doctor, Buenos días a todos. En esta parte del financiamiento queremos compartir con ustedes los mecanismos que se han dispuesto, las estrategias que se han dispuesto para efecto de hacer frente a esta pandemia. Primero, es la garantía del flujo corriente de recursos, donde tenemos todo el tema de la UPC y los presupuestos máximos por servicios y tecnologías que no están incluidos dentro del plan de beneficio. La segunda estrategia, que tiene que ver con toda la inyección de recursos al Sistema de Salud, que fueron aprobados dentro del marco del fondo de emergencia 6.6 billones de pesos; y como tercera estrategia, todo lo relacionado con el saneamiento de deudas.

En la garantía del flujo corriente de recursos, entonces tenemos que los giros realizados de enero a abril de 2020, por concepto de UPC en el régimen contributivo, ascienden a 6.8 millones; en ese régimen contributivo, 5.5 billones de este rubro fueron girados a las EPS; 1.3 billones a IPS y proveedores bajo la figura de giro directo. En el régimen subsidiado, el valor de UPC girado asciende a 7.6 billones, 5.2 billones a IPS y proveedores mediante la figura de giro directo realizado por la ADRES y 2.4 billones a las EPS. De acuerdo con la información entregada por las EPS, tanto del régimen contributivo como el régimen subsidiado, de los recursos que ellos han recibido por UPC, han girado en el régimen subsidiado el 95% de estos recursos a las IPS; perdonen, en el régimen contributivo el 95% y en el régimen subsidiado el 92.5%.

La otra fuente de recursos corrientes que están ingresando son los presupuestos máximos que ustedes recordarán es la nueva figura por la cual se está financiando todo lo que tiene que ver con servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios de salud. En este giro de estos presupuestos se hizo un anticipo en el mes de marzo, se giró lo correspondiente al mes de marzo y abril, para poder darle liquidez al sistema, con el fin de que pudiera enfrentar las necesidades que se desprenden de la atención de todo lo que tiene que ver con el Covid. En total se han girado por este concepto 1.1 billones a las EPS.

Adicionalmente, el Ministerio expidió la Resolución 535 a través de la cual permite a las EPS, que se utilicen los recursos de UPC y presupuestos máximos de forma integrada, de forma integral para poder atender las necesidades que tuvieron frente a todo el tema de la pandemia y se les permite hacer anticipos a las IPS. En este momento, estamos

adelantando una reglamentación adicional para establecer la forma en que pueden hacer ese tipo de anticipos, con el fin y después legalizarlos, con el fin de mantener un flujo constante de que le garanticen las EPS a las IPS un flujo constante de recursos, pese al comportamiento que están teniendo en este momento los servicios; porque en este momento, las frecuencias de los servicios, y sobre todo aquellos servicios que no están destinados a atender todo lo que tiene que ver con la emergencia de Covid-19, por los aislamientos sociales que estamos viviendo, están teniendo una disminución en su frecuencia de uso, y esto afecta directamente los ingresos de las IPS, por lo que estamos adelantando una reglamentación para poder garantizar ese flujo de recursos durante estos meses y mientras dure la emergencia sanitaria.

La segunda estrategia, que son los recursos destinados específicamente al sector de la salud en el marco de la emergencia económica y la creación del Fondo de Mitigación a la Emergencia, esos 6.6 billones, tenemos en aseguramiento 5.5 billones. ¿En qué se van a destinar? Hay una partida que se destinará a la compensación por aislamiento del régimen subsidiado. Esto consiste en el reconocimiento a las personas que están, a los grupos familiares del régimen subsidiado, por una vez, una compensación correspondiente a siete (7) días, adicionalmente las incapacidades que se deriven de Covid-19, no van a estar incorporadas dentro del porcentaje que se le gira mensualmente a las EPS, sino que tendrán un reembolso directo, como se hace con las licencias de maternidad u otros rubros de beneficios económicos.

Se están construyendo actualmente las canastas, estas canastas lo que buscan es mirar todos los servicios que están asociados a la atención de Covid-19 en los diferentes ámbitos, tanto el ambulatorio como el hospitalario, y en esos ámbitos se están generando diferentes canastas que van a tener una fuente de financiamiento diferente a lo que es la UPC, es una fuente de financiamiento que afecta directamente estos recursos del Fome. Y una vez se activen de acuerdo con el Ministerio, cuando se vayan a presentar los picos de atención, en ese momento se activan las canastas y son dineros y recursos que van a ser girados directamente a las IPS para la atención de estos servicios. En este momento, la atención de estos servicios están siendo cubiertos por los recursos que están recibiendo de UPC y presupuesto máximo, teniendo en cuenta las frecuencias de uso que se están dando y que están cubiertos dentro de la suficiencia de estos dos rubros.

El otro aspecto que se está utilizando, que se está destinando en estos recursos, es en una compensación, una bonificación para el talento humano en salud, esto va a ser una bonificación, que ya estamos adelantando la reglamentación junto a ADRES, la idea es que llegue directamente al personal de salud y se está estableciendo de acuerdo por perfil profesional un porcentaje del promedio de ingreso base de cotización que actualmente tiene cada perfil profesional. Y adicionalmente, hay un rubro que está destinado para la adquisición

de pruebas rápidas, esta adquisición se va a hacer también por parte de la ADRES, ya se está adelantando todo el tema de la contratación, y esas pruebas van a estar destinadas, de acuerdo con los lineamientos que les explicó el Viceministro, van a estar destinadas a conglomerados especiales, en las cuales se necesita hacer tamizajes. 1.1 billones de este fondo está destinado a salud pública y a prestación, para efectos de ampliación de la oferta hospitalaria que fue también lo que ya explicó el Viceministro, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública que ya se ha venido realizando y la adquisición de elementos de bioseguridad.

En cuanto a la tercera estrategia, que tiene que ver con el saneamiento de las deudas, hay una primera parte, que se va a hacer una compra de cartera que tiene que ver con compras de cartera. En esas compras de cartera tenemos 2 líneas; una línea que ya se venía utilizando con Findeter, con unas tasas compensadas, doscientos cuarenta y cinco mil (245.000) millones de pesos están disponibles, y se hizo una ampliación para que esos recursos los puedan disponer las IPS. Y la segunda línea, es una línea que va a ser directamente la ADRES, no va a intervenir Findeter, ni la banca comercial, la idea es que se presenten las facturas por parte conciliadas entre EPS e IPS, se haga la compra de cartera por ADRES y las EPS paguen, amorticen esa deuda con los resultados que obtengan del acuerdo de punto final, o si no es posible o no alcanza por este rubro, también se pueda descontar directamente de la compensación.

La disponibilidad para esta operación es de setecientos mil (700.000) millones de pesos, ya se inició, el día de ayer quedó publicada toda la resolución que regula esta compra de cartera y los giros se van a realizar en la primera semana de mayo. El acuerdo de punto final es la otra estrategia de saneamiento de deudas, ese acuerdo de punto final lo tenemos en dos ámbitos; en el ámbito territorial y lo que tiene que ver con el acuerdo de punto final del régimen contributivo que lo maneja directamente ADRES. En este último del régimen contributivo que lo maneja ADRES, hay un estimado de deudas que estarían involucradas de 5.2 billones de acuerdo con los diferentes reportes que realizan las EPS, tanto en Circular 30, como en los estados financieros que reportan a la Superintendencia Nacional de Salud. La radicación de estas cuentas ya también se está expidiendo en este momento, ya se expidió una resolución y el inicio de recepción de estas cuentas es en el mes de mayo, y se están programando para que tanto auditorías como pagos se realicen, los primeros pagos pueden realizarse a partir del mes de junio.

En el régimen subsidiado, de igual manera hay un estimado para todas las deudas entre entes territoriales de 1.5 billones, ya en este momento tenemos aprobado seiscientos cinco mil (605.000) millones, de este rubro se han hecho pagos por cuatrocientos setenta y siete mil (477.000) millones y la nación a cofinanciado de eso trescientos diecisiete mil (317.000) millones. Los municipios, los

departamentos, perdón, a los que se les ha probado ya este acuerdo de punto final son Barranquilla, Valle, Antioquia y Tolima, estamos muy cerca ya de cerrar todo el tema con Caldas y Huila, otros departamentos como Atlántico, Nariño, Bogotá, están diciendo Distrito Bogotá, ellos van a hacer una primera fase con sus recursos propios y luego sí entrarán en una segunda fase de cofinanciación.

En el Decreto Ley 538 del Sector Salud, se amplía el plazo para poder hacer uso de los recursos de la cofinanciación con las deudas del régimen subsidiado al 2021, toda vez que estaba previsto hasta diciembre de 2020, pero teniendo en cuenta las dificultades que están afrontando las entidades territoriales en este momento frente a la atención de la pandemia, y los procesos de auditoría que tiene que realizar para este tipo de acuerdo, se extendió hasta el 2021. No obstante, pues obviamente estamos con capacitaciones, asistencia técnica permanente con los entes territoriales para que avancen en las primeras fases de esto, de una manera muy rápida durante este año.

La otra parte de las deudas tiene que ver también con tecnologías y servicios que no están dentro de la UPC, que fueron prestados en el periodo comprendido entre abril 2018, cuyas cuentas fueron radicadas de abril 2018 a diciembre de 2019. En esto, si ustedes han oído, la Nación tenía una deuda con las EPS, derivada de una problemática que se presentó con el contrato de auditoría que se había realizado en su momento, en este momento hay una disponibilidad de 2.17 billones para poder atender estas deudas, ya se comenzaron a hacer los giros, la semana pasada se giraron doscientos cuarenta y cinco mil (245.000) millones por este concepto, y adicionalmente la semana pasada se hizo un giro de ciento veinte mil (120.000) millones correspondiente a lo que tenía que ver con OPS de los meses de enero y febrero de 2020, que todavía estaban bajo el esquema anterior de recobros y no hacían parte de los presupuestos máximos.

La idea es que en este momento se están auditando alrededor de 1 billón de pesos, en cuentas que fueron radicadas durante el mes de abril, la idea es que estos recursos sigan siendo girados semanalmente, hasta que podamos agotar esta disponibilidad de los 2.17 billones y de acuerdo como se vayan adelantando las auditorías. Adicionalmente, en el Decreto 538, el decreto ley, se autorizó el uso de los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado y de salud pública con corte a diciembre de 2019, que incluyen los recursos no ejecutados tanto del SGP de salud pública, como de transferencias nacionales y se autorizó el uso de los excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado para financiar acciones de salud pública de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud.

Estamos trabajando en la expedición de un decreto, que debe quedar expedido esta semana, donde le vamos a permitir a las EPS el uso de la reserva que tienen, de las inversiones que tienen en reservas, estas reservas se han ido constituyendo por las EPS para respaldar el tema de la cartera que

ellos tienen, y en este momento consideramos que es necesario que sean utilizados, estos recursos de los depósitos que tienen a la vista, que suman más o menos 1.6 billones, para que puedan garantizar el flujo de los recursos hacia las IPS. Con el apoyo de la Superintendencia la idea es que permitamos ejecutar estos recursos y la Superintendencia vigile cómo son los giros hacia las IPS, e informen públicamente a qué IPS se está girando y adicionalmente la Superintendencia mire de forma integral los giros que se han hecho tanto de UPC como de presupuestos máximos, y lo que se va a permitir utilizar de inversiones de la reserva y garantizar así que el flujo está llegando a las IPS, y en las IPS se le esté dando prelación al pago de la nómina.

Estas son las tres estrategias que se han planteado para efectos del financiamiento, y hasta aquí estaría la presentación del Ministerio, señor Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Muchas gracias, señora Viceministra. Señor Viceministro creo que usted como que perdió la reunión, pero, bueno, le agradecemos que se haya quedado aquí con nosotros, entonces vamos a escuchar seguidamente a la doctora Martha Lucía Ospina. Le solicitamos señora Viceministra atender ahorita las explicaciones y los requerimientos y las dudas de los Representantes miembros de la Comisión, después de la intervención de la doctora Martha Lucía y el doctor Fabio Aristizábal. Entonces, tiene el uso de la palabra la doctora Martha Lucía Ospina.

Toma la palabra la Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina Martínez:

Buenos días, honorables Representantes. Bueno, voy a complementar porque realmente el Viceministro tocó, digamos, muchos temas en general, y alguno de los que yo les quiero explicar.

La epidemia, como todos ustedes saben, ha tenido unas fases distintas; cuando la epidemia inició en China, nosotros y hablo por casi todos los epidemiólogos en el mundo, estuvimos expectantes pensando que era posible, probablemente que las cuarentenas que inició rápidamente el Gobierno chino, o que comunicó, digamos en su momento el Gobierno chino, pudiesen servir y frenar la transmisión o la exportación efectiva de casos. Eso, ya se había visto en el pasado en el caso de MERS o de SARS, sin embargo, cuando conocimos que la exportación se hacía efectiva y que ya había casos en diferentes países de Asia y de Europa, pues nos dimos cuenta, que a pesar de las cuarentenas tan estrictas que el Gobierno chino había hecho, los casos ya estaban dispersos. Eso claramente anunció que la propagación era inminente.

Se demoró un poquito, como vimos la declaratoria de pandemia, sin embargo, la epidemia rápidamente se expandió y en este momento entonces el modelo de simplemente seguimiento a la alerta internacional pasó a ser un modelo de preparación. Yo creo, que

en este tiempo hablamos muchas veces de lo que era modelo de preparación, eso incluyó adquirir la capacidad diagnóstica; la capacidad diagnóstica que en Colombia se adquirió inicialmente, era el Protocolo Berlín. Sin embargo, hoy quiero ser clara que ya hay otros protocolos de PCR que son totalmente aceptados, y operan y hacen parte de la red ampliada de diagnóstico en Colombia.

El Protocolo Berlín sin embargo sigue siendo el *gold estándar*, para el tema de diagnóstico molecular. El diagnóstico con PCR con Protocolo Berlín es, sin embargo, imperfecto; es bien importante entender que siempre va a haber un margen de falsos negativos, y que el sitio de toma de la muestra tiene también, como lo mostró muy bien un *papers* en la revista *Llama*, tiene el sitio de toma de la muestra, determina además el porcentaje de positividad o de éxito, digamos, en el diagnóstico, eso está bien publicado, se sabe en cada sitio anatómico dónde se toma la muestra que tanto éxito de diagnóstico tiene esa muestra.

Empezamos, entonces, a hacer diagnósticos en Colombia, la primera fase de diagnóstico en Colombia tiene que ver con la atención básicamente de la demanda, todo lo que surgía de la demanda en casos, sobre todo de la importación, porque la primera fase tiene que ver con identificar los casos importados y contener hasta donde más se pueda las cadenas de transmisión, sabiendo que esto es un virus como lo han dicho varios países, incontenible. Es bien importante entender el fenómeno de los virus respiratorios; los virus respiratorios no pueden ser tampoco contados, por eso es que siempre se utilizan, no estoy hablando de esta epidemia sino desde antes, se utiliza la estrategia de IPS Centinela. Mediante esa estrategia, nosotros hacemos y todos los demás países hacemos un conteo en algunas IPS, y con esas IPS con un modelo matemático, hacemos la extrapolación de los casos.

En este punto, entonces, me voy a referir a seis principales líneas de trabajo que un país debe tener:

La primera línea de trabajo tiene que ver con el modelamiento matemático. El modelamiento matemático es la columna vertebral en general en las epidemias, pero mucho más en los virus respiratorios. Un virus respiratorio como este que nos estamos enfrentando, un virus de transmisión respiratoria tiene además sus propias características, además de su alta capacidad de expansión, su alta transmisibilidad que en este momento ya está demostrada que es 2,5 el R_0 , o sea, el número reproductivo básico, no el que hoy en día medimos, sino el inicial, se demostró que era de 2,5, es decir, que cada persona tiene la posibilidad de transmitirle a dos (2) personas y media, y la transmisión, los estudios mostraron que está por contacto de menos de dos (2) metros y más de quince (15) centímetros.

Hay otros tipos de contactos, por superficies, hay unas teorías por aerosoles, sobre todo para el personal de salud, pero en general, en términos generales, ese es el mecanismo de transmisión. Muy importante entender entonces que el modelamiento

es quien da las verdaderas cifras, tanto de casos existentes como de puntos críticos en el desarrollo de la epidemia. El modelamiento matemático nos sirve muchísimo y Colombia tiene modelos de esta epidemia como los ha tenido en las epidemias anteriores, tiene modelos, obviamente, desde el más extremo, digamos, con los indicadores más duros que pueden ponerse al modelo, hasta unos modelos más benévolo. Este modelo existe a nivel nacional, a nivel departamental y nivel municipal, está disponible además en la página del Instituto. Cada municipio, además, cada ciudad capital, ayer, por ejemplo, recibía un link en el que puede bajar sus propios modelos e incluso exportar sus tablas de datos día a día. Esto entendiendo que el modelamiento es sin duda una herramienta muy poderosa para la administración.

El modelamiento matemático se afinó o se precisó cuando hicimos la genotipificación del virus. La genotipificación del virus nos permite saber exactamente el día uno, la genotipificación ubica la entrada del virus a Colombia el 26 de febrero y sabemos que el virus es de origen español, entró seguramente con un paciente asintomático, es un virus que, digamos, pasa desapercibido a los servicios de detección de vigilancia y nos ubica el modelo, y por eso nos permite afinar día a día el modelo.

También, es cierto que el modelo, así de preciso, permitió al Gobierno nacional tomar la decisión de esta cuarentena en la cual estamos, en esta primera cuarentena, haciendo entonces un truncamiento, digamos, de la curva que no había empezado a crecer en su fase exponencial, sino apenas en su proceso de arranque, ese truncamiento permite ganar tiempo, básicamente lo que se hace es ganar tiempo. Voy a mostrarles acá una presentación que tengo aquí, (¿si lo ven ahí?, perfecto) (es que no me permitía ver mi propia pantalla a mí), bueno, entonces, aquí, lo que ven es el primer efecto, o sea, el gráfico que queda viéndolo de frente a mano izquierda.

Voy a hablarles un poco del número reproductivo básico. Entonces, el número reproductivo básico, que todo el mundo le dice R_0 , el R_0 cero, digamos, ese es el momento cero, ese no vuelve a repetirse nunca más, es cuando inicia la epidemia, no. Entonces, cuando arrancamos de 2,5 que es el R_0 que ya medimos y sabemos que ese era, pero ya baja, con la cuarentena empieza a bajar primero a 2,28; luego 1,2; luego a 1,0, como estamos en un uno, un uno que todavía es inestable porque faltan los datos de toda esta semana digamos para constatarlo, entonces miren lo que empieza a pasar. Como ven, la línea azul es la curva de punto de partida, sigue siendo obviamente una curva enorme, una curva con unos números muy grandes, entendiendo que eso tiene unos datos bastante extremos, que son los que se tienen que usar para la planeación, para la política pública, pero al tener ya un bajón a 1,2 a un R_0 efectivo de 1,2 es decir, que haya habido tanta disminución de contacto social, que se haya disminuido realmente la tasa de contacto social, eso

permite que esa posibilidad de contagio, o sea, la tasa de transmisión se haya lentificado.

Entonces, mientras una persona podría contagiar a 2,5 personas o a 2,28 personas, cuando ya estaba en 1,2, es decir, que cada individuo era capaz de contagiar a 1.2 persona, lo que produce, se corre en el tiempo, hacia el futuro, digamos, se corre hacia el futuro la curva. Entonces, esta roja que ven aquí, es en ese punto que era la semana pasada, como ya lo que iba a pasar, seguía siendo igual en números, pero se corría hacia el futuro. Al seguir en el ejercicio con las medidas estrictas de disminución de contacto social, (miren en la gráfica de la derecha), hasta este punto que estamos hoy se corre mucho más. ¿Cuánto se corre? Eso no se sabe exactamente, pero se corre más o menos el tiempo en que dura la medida. Y ¿eso qué permite? Permite ganar tiempo, y cuando gana tiempo uno ve cosas como esta. (En esa gráfica que sigue, esto que ven es una curvita subida es como si yo estuviera haciéndole un zoom a ese pico que les estaba mostrando, como si fuera un acercamiento a esa curva). Y entonces en lugar de darse ya la fase exponencial, que sería esa curva que ven hacia arriba, en el que ya tendríamos noventa y cinco mil (95.000) casos, como está corrida hacia el futuro, hemos logrado mantenerla en este momento baja.

Pero entonces uno dice: ¿pero entonces qué estoy haciendo? ¿Que estoy ganando tiempo? Aquí en esta gráfica que ven es la estimación del rezago, nosotros calculamos los que faltan por llegar, o sea los casos que faltan por llegar es muy importante para ajustar el modelo. Porque uno diría: ah no es que el problema tiene rezago, es que como le faltan pruebas entonces ustedes no saben realmente y tienen menos casos porque no hacen pruebas, por ejemplo. Pues eso se calcula todo el tiempo y se completa el modelo, porque el modelo tiene que tratar de parecerse lo más que pueda a la realidad, porque el modelo lo que busca es predecir ¿no?, no es perfecto por supuesto, esto es un modelo matemático, la única realidad es la realidad cuando ya sucede, pero esto nos permite hacer este tipo de ajustes como en esta curva.

Entonces (en esta gráfica a la izquierda), lo que ven es el comportamiento del RO subcero de inicio, al RO efectivo que es el que tenemos hoy en día, y aquí ven cómo al 16 de marzo, ya estábamos en un RO efectivo de 2.0; el 22 de marzo a un RO efectivo de 1,5; y en estos inicios de abril estamos entre 1,2 y 1,0. Digamos en este momento estamos, yo no podría poner las manos hoy en el fuego diciendo estamos en uno, si nos muestra con unas mediciones en uno, pero necesitamos una data que soporte mucho más ese número ¿no?

¿Pero qué muestra? Que definitivamente la disminución del contacto de la población es legítima y ha producido unos efectos en la velocidad de transmisión, eso es real. Y les muestro finalmente este histograma, en rosado están los casos ocurridos por fecha de inicio de síntomas, entonces miren en la primera parte de la de la gráfica en el rosado cómo iba subiendo día a día, día a día, pero se trunca por las medidas de la cuarentena y los casos bajan. (Se

ven como lilas pues porque está por detrás la gráfica azul no). Entonces ahí caen y caen los casos también porque están truncados, porque el ejercicio de la cuarentena, pues produce este; pero ojo, la medida produce digamos un mundo creado artificialmente no. Hay que procurar tener medidas que perduren socialmente, que mantengan el distanciamiento social. Por eso, medidas como modificar el comportamiento de los sectores, tener protocolos para que los sectores operen; decir, por ejemplo, que los transportes masivos solamente van a estar hasta el 35% llenos, que habrá unas sillas truncadas alrededor, cosas así que son prácticas concretas que se pueden hacer, es lo único que está produciendo cambios efectivos afuera en la realidad, para que se mantenga el distanciamiento social.

¿Para qué, en esta gráfica, ponemos la azul?, ¿qué son las barras azules? Las barras azules son por fecha de diagnóstico, para hacer un ejercicio entre lo corrido que es el diagnóstico, ¿cierto? porque el diagnóstico es después de que la persona ya ha manifestado que tiene síntomas y el tiempo que tarda en tomar la muestra, mandar la muestra, y que se salga el resultado, entonces con eso hacemos un ejercicio de validación, de verificación, de no irnos a engañar es que hace, es que hay más casos que no han llegado, estas dos curvas cruzadas dan un cuadrado o un lugar donde nosotros podemos calcular un ajuste. ¿Con esto qué quiero decirles? Con esto quiero decirles es que el modelo permite aproximarse muchísimo digamos, a lo que probablemente suceda, o a lo que está sucediendo.

Hay otros grupos modelando, por supuesto, y con esos grupos permanentemente tenemos interacción permanentemente. Hoy salió un modelo por ejemplo de un grupo de personas que estimamos mucho y en esos modelos adicionalmente meten diferentes escenarios de qué pasa si hacemos cuarentena un año entero, qué pasa si se hace una cuarentena ahora y luego otra cosa, ese tipo de modelos. Hay muchísimas propuestas, pero lo más importante, además, por supuesto que las propuestas son importantes, pero lo más importante es conocer realmente cómo cada medida que se va tomando va afectando en mayor o menor grado la posibilidad de evitar el crecimiento exponencial de los casos, y desencadenar una cantidad de UCI, pues de necesidad de unidades de cuidado intensivo que desborden los servicios de salud.

Es por eso que el Ministerio ha sido muy claro en que el 1.0 o menos es el valor de RO efectivo, que podría ser considerado para flexibilizar o relajar un poco las medidas tomadas, pero con una observación permanente y diaria, que hace necesario que cuando se aproxima al 1,2 el RO vuelve a subir obviamente porque las dinámicas sociales lo van subiendo, cuando se aproxima al 1,2, en ese caso es necesario volver a reforzar algunas de esas medidas. Ese es el mundo digamos en el que nos tenemos que mover, y en el que tenemos que acostumbrarnos a movernos. Ahora bien, hay otro, ese es el tema de modelo.

El segundo punto tiene que ver con conocer cuáles son los casos que tenemos. Entonces, ya les contaba

que hay una manera que utilizamos todo el tiempo que es el modelado y el modelado nos permite con las estimaciones saber cuántos casos tenemos y con los casos que van saliendo diariamente se van ajustando o reforzando esas estimaciones. Pero también, hay otras estrategias que el país está adoptando, como les decía en la primera parte, como todos los países atendimos toda la demanda digamos espontánea que llegó de pruebas. Desde el inicio del diagnóstico en Colombia se buscó rápidamente que otros hicieran el diagnóstico. No es una intención, y quiero ser muy clara aquí, no es una intención para nada, porque de hecho no es fácil hacerlo, tener centralizadas las pruebas, eso no es una decisión y lo digo porque muchos han dicho: “es que como el ministerio o el instituto quiere tener centralizadas las pruebas”, en absoluto, nadie quiere eso, nadie en sano juicio quisiera eso, nadie. Las pruebas deben ser hechas en todo el territorio nacional y es deseable que cada departamento tenga la capacidad diagnóstica. La capacidad diagnóstica está dada, sobre todo, principalmente por condiciones de infraestructura.

Los virus respiratorios son virus de alta transmisión, y un laboratorio, el que sea que lo vaya a hacer, tiene que tener una biocontención de nivel dos, en dos áreas separadas: en el área de desembalaje y en el área de montaje de PCR; tienen que estar separadas y ser así. Eso les ha costado mucho, a muchos laboratorios todo el que ha dicho en Colombia yo puedo hacerlo; bienvenido, de hecho, inscribirse es muy fácil. Hay un Decreto Presidencial que es el Decreto 2323 del año 2006, que claramente en Colombia creó la red nacional de laboratorios y desde el año 2006 dice, se dice a los departamentos usted tiene un laboratorio departamental de salud pública, y el laboratorio departamental de salud pública es quien debe tener la capacidad de hacer para usted las pruebas que son de interés general. No quiere decir, que solamente las haga el laboratorio departamental de salud pública, no es así. El laboratorio departamental de salud pública tiene además otras Resoluciones, una muy conocida que es la 1619 del 2015, qué dice: que si usted laboratorio departamental no puede hacer una prueba, porque es nueva, o porque no tiene la técnica, porque no tiene la infraestructura, usted puede adscribir un externo, usted puede meter un adjunto laboratorio privado o público, que lo apoye para hacer esa técnica, y eso es lo que se espera que se haga en todo el territorio nacional.

El laboratorio que manifiesta tener capacidad simplemente es visitado rápidamente por esa Secretaría de Salud, quien tiene como ustedes saben la competencia para habilitar; de hecho el Instituto Nacional de Salud no tiene competencia de habilitación, ni tiene funciones de IBC, no las tiene en su ordenamiento que lo crea; y entonces la Secretaría rápidamente visita un laboratorio, ve que tiene las condiciones, le dice al Instituto: este tiene las condiciones lo voy a inscribir. Y nosotros ¿qué hacemos? ¿qué hacemos en la parte técnica? Lo entrenamos. Por eso entrenamos en Colombia 50 laboratorios, les hacemos el entrenamiento técnico,

y cuando hace la primera corrida, ese laboratorio nos manda los resultados y nosotros hacemos verificación técnica de los resultados de la corrida. Con eso le decimos listo, usted quedó listo, tenga el acta para que lea; eso es lo que hacemos.

En ese mismo orden de ideas, todos los departamentos deberían estar comprando los reactivos para que su laboratorio departamental o su adscrito lea resultados de Covid. Sin embargo, no todos están comprando o lo están haciendo de manera muy heterogénea, en un afán para que sí tengan un continuo, o mientras la compra les llega, nosotros hemos prestado reactivos de la nación, hemos enviado reactivos para más o menos treinta y un mil (31.000) pruebas. Y ahora estamos, porque están muy escasos los reactivos de extracción, sumamente escasos en el mundo entero, entonces con Presidencia de la República hemos encontrado un proveedor, como cosa muy escasa, y está trayendo Presidencia de la República desde el fondo, una compra de reactivos de extracción, que también será distribuida a los laboratorios departamentales de Salud Pública en calidad de préstamo, para que puedan soportar su operación y la de los adscritos, adscritos no comerciales, aclaro. Porque también, hay adscritos comerciales que no entran obviamente a recibir reactivos, tienen sus propios reactivos y venden servicios a las diferentes EPS.

¿Cuántos laboratorios entonces están ya funcionando? Están funcionando cuarenta y cuatro (44) laboratorios. (Les voy a mostrar aquí este mapa, voy a mostrarles aquí) aquí pueden ver, los laboratorios que, a 20 de abril, en amarillo los que ya están operando cuarenta y cuatro (44) y ahí hay treinta y ocho (38) y cuatro (4) que entraron hoy: cuarenta y cuatro (44). Y en blanco todos los demás, que ya hicieron todo el proceso para hacer adjuntos, pero que aún digamos no están operando, que les falta un papel, les falta digamos, algunos reactivos que no les han llegado, algo de su proceso digamos para empezar a operar. En blanco como ven, son los departamentos que no tienen operando su laboratorio de Salud Pública para este diagnóstico, o no tienen ningún adscrito. Algunos de ellos, esperamos, por ejemplo: Putumayo, debería, podría, tiene la capacidad, para montar la propia técnica. El resto de ellos seguirán enviando entonces las muestras al laboratorio nacional de referencia: el Instituto Nacional de Salud.

Así están, así en blanco digamos son un reto esos departamentos, ¿por qué? porque además hay que coordinar muy bien con ellos el tema de transporte de muestras. ¿Cómo lo estamos haciendo? Lo estamos haciendo a través de dos, hay dos mecanismos: con 4-72 que no es una compañía especializada en transporte de muestras claramente, es una compañía que nos está apoyando muchísimo para el envío de reactivos y también lo estamos haciendo con la patrulla aérea, eso coordinado a través del Ministerio, que tiene o que maneja el CRUE, y con ello se coordina la recogida de esas muestras de laboratorios que están en blanco, los que vieron en blanco en el mapa. Con eso entonces

se han realizado hasta este momento, sesenta y seis mil cuatrocientas setenta y un (66.471) pruebas en el país. Ese es el número de pruebas, y hay una cosa bien importante, todos los países han hecho digamos de manera gradual el número de pruebas, la capacidad, el crecimiento de las pruebas diarias. De hecho, nosotros miramos en otra con curiosidad, que, al mismo día, a los treinta y siete (37) días del primer caso: Corea y Colombia, cuando Corea tenía treinta y siete (37) días del primer caso, Colombia treinta y siete (37) días del primer caso, llevábamos el mismo número de pruebas realizadas.

Lo que pasa es que en este momento es importante acelerar, ¿y cómo y por qué es importante en este momento? Entonces, resulta que el RO que ha bajado, como les estaba mostrando, permite varias cosas, permite que haya una transmisión mucho más lenta, y al haber una transmisión mucho más lenta, pues hay muchos menos casos sospechosos, hay menos muestras que se están tomando diariamente y están llegando menos muestras a los laboratorios, aunque hay como ven cuarenta y cuatro (44) laboratorios ya leyendo. Eso independientemente de la falta de reactivos de extracción que, esperamos se solucione con la llegada de estos reactivos el jueves, no me voy a referir mucho a eso, damos por contado y esperamos que efectivamente el jueves lleguen todos esos quinientos mil (500.000) reactivos de extracción.

Pero entonces, tenemos por decir así, un tiempo un poco más frío digámoslo en tema de pruebas, luego es el momento en el que tenemos que hacer una segunda estrategia para tamizar o buscar activamente casos en la población. De esa manera, hicimos basados en la letalidad y con el estudio de letalidad por grupos etarios, identificamos cuántos casos deberían existir en la población para explicar la letalidad que hemos tenido. Y en los departamentos donde no ha habido fallecidos, igual le ponemos un fallecido no real, pero le ponemos un fallecido para hacer un cálculo estadístico, es decir: cuántos casos deberían buscarse para explicar al menos un fallecido en cada departamento. Con eso entonces, uno puede establecer un número estadístico de casos que faltan, y con esos casos faltantes o a buscar, uno identifica que se tiene una positividad en cada una de las pruebas, en cada corrida de pruebas, y una positividad del 5% al 10% pues puede calcular cuántas personas necesitaría estudiar para poder identificar o encontrar esos casos que está buscando.

De esa manera, entonces hicimos esos cálculos, esos cálculos los hicimos para cada departamento y cada municipio de Colombia. Esos cálculos ¿cómo se bajan a la vida real? ¿cómo los operativiza un territorio? Entonces como no es, no sería óptimo, decir, por ejemplo: usted es del municipio tal, tiene que estudiar doscientas (200) personas, pero cualquier persona; resulta que cualquier persona, le disminuye la positividad, porque usted debería buscar en aquellas personas que tienen mayor probabilidad de ser positivas, o sea tiene que hacer además de tener el número de un ejercicio, de buscar

correctamente donde debería buscar. Entonces, se sacaron desde hace dos semanas una lista de poblaciones indicativas o poblaciones “DIANA”, que permiten que uno busque por esos grupos o alrededor de esos grupos ¿que son cuáles? Algunos suenan muy lógicos, pero es realmente un ejercicio de lógica, entonces yo debo buscar los casos que quiero buscar, alrededor de todos los estudios de contactos y las cadenas de contactos de un caso positivo.

Debo buscar positivos alrededor de los fallecidos, por ejemplo: debo buscar los positivos en los pacientes hospitalizados, que están hospitalizados por cualquier causa relacionada con síntomas respiratorios, debo buscar los positivos en los pacientes que están en urgencias por cualquier causa de síntomas respiratorios, también debo buscarlos en conglomerados que han estado expuestos fuera de la cuarentena; la gente, por ejemplo: todos estos domiciliarios, el personal de las plazas de abasto por ejemplo, la gente que sigue las cadenas productivas, pero otras personas. Otras poblaciones, que son poblaciones difícilmente confinables, por ejemplo: el personal de las cárceles, los conventos, las fuerzas militares, el personal de esas centrales de transporte, no por ejemplo el aeropuerto o la terminal de transporte, sino esos que se reúnen y se crean alrededor del sitio donde hay aglomeraciones de transporte, las personas dedicadas a la prostitución, los habitantes de calle, es decir hay una serie de poblaciones en las que definitivamente ese grupo cinco que son los conglomerados, tienen que ser buscados los positivos.

También, es un grupo muy importante el grupo seis: el personal de salud. El personal de salud de todas las IPS, incluso los de servicios domiciliarios debe ser testeado de manera periódica y tenemos por eso además un registro de personal de salud positivo, un registro aparte. Otros, que los médicos definamos que deben ser testeados, por otras causas y por supuesto los fallecidos que no tienen un diagnóstico previo de Covid, que no fueron estudiados, ni tuvieron, además, una sintomatología para esa, pero el médico considera en el momento de la defunción, que tiene un posible Covid, incluso algunos registran así en el certificado de defunción.

Esos ocho grupos permiten buscar de manera más efectiva y que cada municipio entonces es el número de personas a buscar que se les da, sean ubicados de manera más efectiva. Para poder asegurar esa búsqueda era necesario asegurar los reactivos, para eso se hizo como les cuento con los embajadores de Colombia, con diferentes contactos en el mundo hasta ubicar un proveedor de kits de extracción, e insisto en kit de extracción, porque mucha gente confunde y cree que lo que falta son kits diagnósticos, todo el mundo dice: pero es que todo el mundo ofrece PCR, todo el mundo ofrece kits diagnósticos. Quiero aclararles: El diagnóstico tiene (voy a hacerlo de una manera siempre), tiene dos vagones: tiene un vagón que es el primer vagón de la extracción de los ácidos nucleicos mediante unos reactivos, se abre el virus y se extraen los ácidos nucleicos, con esa extracción

de ácidos nucleicos es posible entonces obtener el material genético del virus que es el que se examina, y, posteriormente, si pasa al segundo vagón que es el vagón diagnóstico o que todo el mundo conoce como PCR que de ese sí abundan digamos, reactivos de todas las calidades, de ese segundo sí hay sí hay abundantemente, el primero es el que ha sido para el mundo una dificultad muy grande y también para nosotros como Colombia y como Instituto.

Entonces, llegando esos reactivos de extracción, esperamos tener asegurado digamos, ese faltante para que cada municipio pueda hacer en los territorios nacionales esa búsqueda activa, pero una cosa muy importante la mayoría de población en Colombia es asegurada como todos lo sabemos, por lo tanto, las EPS son quienes recibirán el porcentaje por participación de población en el municipio, las EPS recibirán ese monto o ese número de personas a buscar. Toda EPS, quiero ser clara, tiene que tener, ya a estas alturas un laboratorio que haga pruebas de Covid contratado para asegurar los diagnósticos de su población. Eso hace que la entidad territorial, digamos tenga la posibilidad de reacción para tamizar esas poblaciones que no son de EPS, población pobre no asegurada, o población de esos colectivos (hogares de ancianos, por ejemplo, entre otros que he mencionado) en los que es necesario estudiar. Esa es entonces, la segunda fase o etapa que ahora empezamos para el tema de pruebas y de identificación de poblaciones infectadas.

Como tercer punto, es muy importante tiene que ver con todo lo de estudio de contactos. Las entidades territoriales han hecho un gran trabajo y nosotros hemos acompañado con los epidemiólogos de campo ese trabajo en las entidades territoriales para estudiar contactos, porque el objetivo realmente es el aislamiento. Tenemos contratados epidemiólogos de campo puestos por el Instituto Nacional de Salud en: Guainía, Amazonas, Putumayo, Norte de Santander, Nariño, Vaupés, Vichada, Cesar, Guajira y Arauca; y tenemos personal en entrenamiento directamente por nosotros para FTP en: Cauca, Tolima, Chocó, Atlántico, Magdalena, Boyacá, y en el Inpec. Esas son unas ayudas básicamente, ese no es el personal de respuesta por supuesto, todos ustedes saben que es obligación de la entidad territorial tener el personal de vigilancia en salud pública contratado todos los años desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre; tener el personal del laboratorio departamental de salud pública; tener el personal, además, para hacer toda la garantía de los servicios de salud.

Sin embargo, eso es heterogéneo en las entidades territoriales, este personal, estos epidemiólogos de campo que hemos contratado y puesto allá, es para acompañar al Secretario de Salud en la dirección y la organización de esos equipos de respuesta inmediata. Así mismo, hemos mandado todos los epidemiólogos de campo del ER y del INS del equipo de respuesta inmediata, todos en este momento, por ejemplo, hoy están todos en terreno, todos están acompañando las entidades territoriales. Pero sigue el otro paso que es el aislamiento, eso; las entidades territoriales en general, en este punto, y yo

creo que va a ponerse peor, están saturadas, están ya superadas en su capacidad de seguir casos aislados. Por eso, dentro del plan de trabajo como lo dijo el Viceministro está el incorporar otros sectores, otros sectores como: Migración Colombia, como ICBF, como otros sectores por nombrar algunos; que apoyen el trabajo de la Secretaría de Salud para que, en lo local, sean posibles los estudios de contacto y el aislamiento de casos positivos, que es si se quiere, la columna vertebral de la estrategia.

El quinto paso muy importante es el monitoreo de las unidades de cuidado intensivo y la nación tiene que tener la capacidad, y el Ministerio así lo dice; el uso de las UCI, de estar ocupadas en camas de Covid y cuáles no, esa es la esencia de uno de los indicadores fundamentales de por qué el modelo está hecho o tiene un umbral de capacidad del sistema y todo lo que se hace, todas las medidas de distanciamiento social para evitar que el sistema colapse, o sea, habría más probabilidad de morir, no.

El último punto muy importante, que también toda entidad territorial tiene que tener operando, es el monitoreo de la dinámica poblacional. Es decir, tiene que poder darse cuenta, si hay aglomeraciones, si, por ejemplo: tiene una gran cantidad de gente alrededor de un supermercado, en un barrio, hicieron una fiesta masiva y violaron la cuarentena, hicieron, por ejemplo, hay aglomeraciones en el transporte, no se está cumpliendo. Sistema de red inmediata, una entidad territorial podría tener una disparada, ya después es difícil o prácticamente imposible de retroceder. Eso sí, entendiéndolo que las UCI, o sea, ese comportamiento reflejo, se ve lo que pasó dos semanas atrás, es muy importante tenerlo, y tener muy listos los sistemas de reacción inmediata para poder contener y hacer las medidas de corrección.

Ese es el ejercicio entonces día a día, cierro diciendo: el Instituto Nacional de Salud entonces, tiene digamos cuatro grandes líneas de trabajo en esta epidemia: una, el modelamiento matemático; dos, la vigilancia en salud pública; tres, la investigación, de la cual les hablé de que tenemos doce (12) proyectos en curso; cuarto, la coordinación del sistema de pruebas de laboratorio. Esto es digamos, los elementos que se aportan a un plan mayor, que es el que coordina el Sector Salud, y a uno mayor que es el que coordina la Presidencia de la República, para que como país podamos enfrentar el fenómeno de la pandemia por Covid, entendiéndolo que es un fenómeno que los más optimistas, los más optimistas dicen: que no terminará antes de finalizar el año. Muchas gracias, señor Presidente.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted doctora Martha Lucía, le agradecemos mucho su explicación. Escuchamos entonces seguidamente al doctor Fabio Aristizábal Ángel, Superintendente de Salud.

Tiene el uso de la palabra el Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Muchas gracias Presidente, un saludo cordial otra vez a todos los Honorables Representantes de

la Comisión Tercera, a mis compañeros de trabajo nuevamente, y una amplia explicación ha hecho el Viceministro, la Viceministra y la doctora Martha. La Superintendencia que ustedes conocen, lo que nosotros hemos venido haciendo, pues es hacer una vigilancia y una inspección al sistema, basada específicamente en riesgos: riesgos en salud, riesgos económicos, riesgos sistémicos. Y esas acciones nos llevan a que proyectemos algunas necesidades, que va trayendo el país y que va generando incluso, también el Ministerio de Salud, en las decisiones que toma o en los argumentos o Resoluciones que saca para el Covid-19.

Nosotros hemos implementado algunas acciones que se las quiero contar rápidamente. La primera tiene que ver con toda esa ruta de vigilancia que hace la Superintendencia Nacional de Salud, con respecto a los recursos financieros que deben llegar al sector; primero: con información que publica la Adres, analizamos toda la concentración y la distribución del giro, como lo hacen, como lo envían a las IPS, a qué IPS priorizan, a cuáles no, y esto nos permite a nosotros revisar si los flujos o se disminuyen o se aumentan en alguna región, o con algunas IPS; y lo que hace para la Superintendencia esta revisión, es generar algunas alertas posibles sobre la desviación que pueda existir en algunos recursos.

Ustedes, ya son testigos de las acciones que hemos tenido que tomar, ahora al inicio el doctor John Jairo lo contaba, de medidas cautelares contra algunos giros de algunas EPS, que tratan de abusar o de enviarles los recursos a sus integrados, o a los que tienen vínculo con las EPS, lo cual hemos tenido que evitar nosotros tomando algunas medidas cautelares. En este momento cerca del 92% como lo explico la Viceministra, el giro de enero a abril correspondiente al régimen subsidiado ha tenido un buen destino; digamos que, ha llegado a las IPS y también ha llegado a los proveedores. Estamos en este momento, verificando el giro de los tres meses de los “techos” que ella explicó, no sé si ustedes entendieron, la Viceministra habló de los presupuestos máximos, de ese 1.1 billones de pesos que se giraron, nosotros estamos revisando el detalle de todas esas transferencias que llegan a las EPS, después cómo llegan a las IPS, estamos esperando este viernes se vencen los plazos para algunos de esos seguimientos que estamos haciendo nosotros.

También vamos a verificar el mecanismo de compra de cartera, esos setecientos mil (700.000) millones de pesos que les anunció la Viceministra, en esa Resolución la 619, creo que la Viceministra no habló de fechas, pero tengo entendido que probablemente se girarían el 30 de abril de este mes, lo cual también le serviría mucho al sistema porque le va a dar flujo de recursos, y actualmente estamos analizando el giro de algunas EPS. Esta semana, ya adoptaremos algunas medidas que por obvias razones ustedes me conocen, no las puedo anunciar, pues no queremos que se nos caiga ninguna de estas medidas y también sabemos que vamos a tener que tomar algunas medidas cautelares por el incumplimiento que están teniendo algunas de las

EPS en cuanto a la atención de los pacientes, y a esa priorización que ha hecho el Gobierno.

Algunas medidas que hemos tenido que tomar, que fueron muy eficientes, y que todo el país nos las ha agradecido, nosotros hemos tenido dos acciones muy importantes para el país: Por un lado las mesas de flujo de recursos, que se convirtieron prácticamente en la mejor herramienta que hoy tiene el país para que los recursos entre EPS y IPS, se trancen de una manera más fácil y también las mesas de conciliación. Entonces habilitamos un mecanismo virtual y hemos ido priorizando poco a poco algunas IPS o algunas empresas sociales del Estado en intervención o no intervenidas, para que los recursos lleguen. Ya lo hicimos en Cereté, lo estamos implementando con el San Marcos y vamos a seguir haciendo estas mesas, estas conciliaciones para que los recursos vía extrajudicial y en derecho que igual son virtuales, les lleguen a todas las IPS.

Hemos tenido que emitir también algunas circulares, la 08, por ejemplo, requiriendo tanto a las EPS, como a las entidades responsables de pago; primero para que nos indiquen cuál ha sido la política de pago por fuente, cuando les llegan los recursos cómo están pagando, a quién le están pagando, cómo están haciendo estos giros, cómo están causando estos costos, y cómo están colocando estos saldos en cuentas de ahorros o en cuentas corrientes, como lo explicaba la Viceministra, para nosotros saber cómo se están utilizando estos recursos. A estos recursos les estamos haciendo todo el seguimiento y estamos obligando a las EPS para que los publiquen de manera oportuna. Antes lo hacían los primeros veinte (20) días, ahora lo van a tener que hacer a los cinco (5) días hábiles siguientes a la información que nos reporte a nosotros el giro de Adres, para nosotros saber realmente a dónde están llegando los recursos y a quién le están llegando.

Eso, en cuanto al flujo de recursos financieros, hizo una amplia explicación la doctora María Andrea Godoy, entonces no me quisiera detener, si ustedes más adelante quieren. Yo le alcancé a contar casi cinco estrategias que tiene el Gobierno para darle flujo al sistema: una de ellas, fue lo que explico con punto final; la segunda fue lo que explico con el tema de techos o anticipos de presupuestos máximos; la tercera tiene que ver con la compra de cartera que va a ser muy importante; la cuarta, que la estamos trabajando juntos con el descalce que les vamos a permitir a las EPS, para que utilicen la reserva técnica, estos depósitos que tienen a la vista qué pueden ser cerca de 1.6 billones, de los 2.7 que tienen para que lo giren. Yo también escuché al Viceministro hablar de la estrategia de llegarles a los trabajadores con estos recursos; estamos trabajando en otra que tiene que ver con las clínicas de SaludCoop. Ustedes saben que ya esas clínicas fueron entregadas; de las ocho que teníamos, tenemos entregadas prácticamente seis. Ahí hay una propuesta Viceministro, no sé si lo contó el doctor Moscoso, para que esos dineros les lleguen directamente a los trabajadores de la salud, pueden ser aproximadamente trescientos mil (300.000) millones de pesos, y estás IPS que

estaban prácticamente cerradas, les van a quedar a los departamentos y a los municipios.

La segunda gran estrategia son las acciones para proteger el personal sanitario, ustedes han visto todo lo que ocurrió; ayer tuvimos una citación de la Comisión Séptima del Senado, en la que nos querían, nos preguntaron sobre estos recursos. Yo les puedo hacer un recuento muy rápido para que más o menos entiendan en qué estamos: Primero, salió el requerimiento que les hicimos a las administradoras de riesgos laborales, una iniciativa que nació en un puesto de mando unificado me acuerdo mucho, involucrando nosotros a todos los sectores para que estos recursos o este material les llegue efectivamente a los trabajadores de la salud, ustedes ya recuerdan los dos Decretos el 488 y el 500. Lo que hizo la Superintendencia fue requerir a estas ARL, pero quiero ser muy claro para que ustedes entiendan hasta dónde llega la magnitud de estos recursos, para que tengan una claridad meridiana.

Es probable que con esta cotización de las ARL, que probablemente ha sido de los recursos que mejor se han manejado en el sistema general de riesgos, como son el de las administradoras de riesgos laborales, de los tres subsistemas que tenemos el de salud, el de pensiones y el de riesgos laborales; este ha funcionado bien, y ha funcionado bien porque ellos siempre han tenido el patrimonio adecuado, muy bien protegido, las reservas técnicas y matemáticas muy bien hechas y entonces estas ARL digamos que han mantenido una sanidad en sus indicadores financieros que nos permitieron en este momento digamos, recostarnos en ellas para que apoyaran al personal sanitario; y por varias razones: una de ellas es que la exposición a los riesgos con el aislamiento pues cada vez es menor, porque si las personas están en su casa y la exposición de riesgos baja, pues baja el gasto, baja el costo, y probablemente las atenciones en los hospitales, igual que les está pasando a las EPS y a las compañías de medicina prepagada y pólizas, pues baja esta prestación, eso les genera un beneficio porque la siniestralidad se controla y esa fue la razón que también se tuvo en cuenta en el Gobierno nacional para pedirles que utilizaran ese 7% en proteger a los profesionales de la salud.

Este 7% para que ustedes más o menos lo tengan claro, puede significar veinticinco mil (25.000) millones de pesos más o menos, pero recuerden que esos veinticinco mil (25.000) millones de pesos es una partecita de los trescientos (300), cuatrocientos (400) o quinientos (500) mil millones de pesos que vamos a necesitar mensualmente para proteger a los trabajadores de la salud y hay una responsabilidad que no la podemos delegar, que es de los empleadores en este caso de las IPS del país de cualquier nivel de complejidad. Aquí, es donde vemos nosotros la fragilidad un poco que ha tenido el sistema, que han tenido hospitales públicos y algunos privados, cuando esos recursos no les han llegado de manera oportuna. Desafortunadamente este rol que se les entregó a las ARL pues era un rol nuevo; ellos logísticamente no estaban preparados, y

quiero aclarar con ustedes que no los voy a defender, ni más faltaba, hoy tienen la obligación y les vamos a exigir que giren esos recursos de manera oportuna para que lleguen a los profesionales de la salud, pero se encontraron con unas barreras que es bueno que ustedes las conozcan: Primero, cuando salieron a comprar pues vieron que había un desabastecimiento que no es un desabastecimiento de Colombia no, es un desabastecimiento mundial; se encontraron con algunos abusos en el mercado con cifras, con presupuestos ocho (8) o siete (7) veces por encima de lo que normalmente se debería comprar un insumo y digamos que también les puede haber generado angustia. Hay, ha habido un gran apoyo del Gobierno en esas compras centralizadas que ustedes han pedido. El Gobierno nacional también tiene un inventario ya de proveedores nacionales e internacionales que han ido suministrando, para que ellos compren esos insumos.

Entonces, digamos que eso en cuanto a las competencias que tienen las ARL. Nosotros vamos a hacer toda la exigencia para que estos recursos lleguen a su destinatario; estamos hablando de que tenemos que llegarles aproximadamente a un (1) millón de colombianos con estos recursos, un (1) millón de colombianos que no son solamente los trabajadores de la salud, ahí podríamos tener seiscientos (600), setecientos (700) mil. Recuerden que el Decreto amplía algunas de las poblaciones que también necesitan ser protegidas, los transportadores, ahí tenemos personal de aseo, tenemos personal de vigilancia que también pueden entrar en contacto, y una de las de las decisiones muy importantes que debe hacer, que hizo este Decreto, es que declaró al Covid-19 como una enfermedad laboral y eso tiene una importancia enorme para todos los profesionales porque van a estar cubiertos, esta enfermedad como una enfermedad laboral y les va a permitir acceder a las incapacidades temporales, y les va a permitir acceder a los recursos de manera inmediata, sin que esto tenga que ir a una junta de calificación. Esto probablemente también va a tener un impacto importante en los recursos de las ARL, pero yo creo que con las reservas que tienen vamos a ir midiéndolo, eso es una competencia que tienen la Superintendencia Financiera y el Ministerio de Trabajo que hacer toda esta inspección y vigilancia con las ARL.

Entonces, sí hay que irles exigiendo, ayer nos hicieron una pregunta si estos recursos podrían ampliarse en el tiempo y si podríamos pedirles más recursos a las ARL. Yo creo que hay que ir midiendo muy bien la siniestralidad, para que no vayan a entrar en un problema de incapacidad financiera estas ARL, pero hay que irles exigiendo, hay que irlos comprometiendo cada vez más con el sistema, yo creo que ellos tienen la capacidad ya han ido comprando los insumos y los van a ir entregando, entonces nosotros vamos a hacer desde la prestación de servicios de salud lo que nos corresponda desde la Superintendencia.

Hemos sacado algunos oficios también puntuales para algunas secretarías de salud distritales y

departamentales, con las denuncias que nos han hecho llegar incluso algunos de ustedes. También expedimos una Circular que fue la Circular 03 que va dirigida a todos los entes territoriales, a las EPS y a las IPS para que garantizaran no solamente la disposición del recurso humano, sino también la infraestructura y los insumos; evaluando obviamente la capacidad de respuesta de los entes territoriales y de las EPS, y pidiendo las estrategias. Aquí quiero detenerme un minuto. Y quiero que tengan conciencia de algo, Honorables Representantes: Ni el mundo ni Colombia estaban preparados para una tragedia de esta magnitud; nos cogió digamos, puede ser de sorpresa, en un país que tenemos algunas fragilidades, algunas fortalezas, nosotros en la capacidad hospitalaria, pues tenemos una buena capacidad hospitalaria en el país; desafortunadamente la red pública probablemente puede ser la más débil. Ustedes recordarán que yo recibí cuatrocientos (400) hospitales en plan de gestión integral de riesgos, muchos de ellos con un alto riesgo financiero y ustedes conocen la situación de los hospitales públicos en muchos municipios; y ha sido una obsesión de nosotros como Superintendencia y una obsesión del Gobierno y del presidente, salvar la red pública.

En el último año, nosotros logramos transar con las EPS, cerca de 1.6 billones de pesos y les hemos ayudado a muchos hospitales públicos. Me complace también contarles que ya les devolvimos a los departamentos, dos muy importantes que teníamos intervenidos como fue el Federico Lleras Acosta del Tolima y el Hospital Departamental de Villavicencio, estuvieron a punto de ser liquidados, hoy con sus nóminas al día y con los proveedores al día, lo que muestra que sí se puede hacer bien y que esto no es un problema ni de la ley, ni el modelo, sino que probablemente estamos ante un problema actores.

Hemos tenido algunas dificultades con las visitas inspectivas que hacíamos, que siempre las proyectábamos y en las cuales hemos sido muy juiciosos, y todo el país lo ha podido ver, pero pues con el aislamiento tenemos que ser responsables, yo también tengo personal de riesgo en algunas regiones, lo cual me ha impedido digamos que seguir con esa dinámica que traíamos de visitas. Pero ya vamos a retomar algunas esta semana, sobre todo, donde vemos que hay una prioridad y una necesidad, en donde puede estar corriendo riesgos parte de la población del país. También, pues hicimos algunas visitas, vamos a hacer algunas visitas a algunas IPS, que nos han reportado algunos problemas, estamos tomando algunas decisiones ya con los temas de Leticia y Chocó. Les quiero contar que con algunas regiones me frustró, para mí lo de Chocó es frustrante se los confieso (uno hace tantos esfuerzos); le hemos invertido muchos recursos al Chocó. Estuve hablando esta mañana con el doctor Samuel del Ministerio, y vamos a tener que tomar algunas decisiones importantes, trascendentales para proteger no solamente la red del Chocó, sino también a proteger a todos los chocoanos.

En cuanto a la prestación de servicios que es el tercer gran rubro, hemos desplegado algunos lineamientos a las EPS y a las IPS, para que nos muestren cómo están atendiendo a sus pacientes de riesgo, los pacientes de Covid y no Covid. Ayer nos preguntaron mucho por esos pacientes que tienen patologías de base y que las EPS no están atendiendo, también tuvimos ahí, y hay que reconocerlo, unos inconvenientes, cuando el Ministerio sacó los lineamientos pues teníamos que darles un plazo prudente a las EPS, para que ajustaran sus equipos logísticos, para que atiendan hoy a la población o con telemedicina, o con visita domiciliaria, y que los medicamentos lleguen oportunamente.

Al principio, algunos digamos que no errores, pero algunas actuaciones también de los gobernantes locales pues generaron inconvenientes, porque por un lado ordenamos a que llevaran los medicamentos a domicilio, y por otro lado las cuarentenas por los aislamientos de gobernantes, pues impedían que los mismos domiciliarios salieran a llevar los medicamentos, lo cual nos generó también algunos inconvenientes y tenemos algunas zonas del país en donde se hace difícil por seguridad llegar con los medicamentos. Eso lo estamos solucionando también con los gobernantes en cada localidad. Entonces, empezamos a hacer unos requerimientos puntuales a las EPS, y no tienen ninguna disculpa. Hoy las EPS han visto también disminuida su facturación, en algunos hospitales públicos siguen llegando los recursos. Pero es evidente que al tener la población aislada como lo explicó la Viceministra, los eventos han bajado en los hospitales, la desocupación que es una de las estrategias del Ministerio de ir liberando camas y evitar esos riesgos, pues han generado que algunos hospitales referentes del país públicos y privados tengan desocupaciones cercanas al 60% al 50%, hoy eso baja la facturación del hospital, y al bajar la facturación en un negocio que es tan marginal, pues los puede poner en riesgo.

Esa es la situación, por la cual con la Viceministra, el Viceministro, el Ministro y el Presidente de la República, pues hemos venido trabajando en esas estrategias que les permitan a estos hospitales recibir los recursos, aunque no estén facturando, precisamente para que esa infraestructura y esa capacidad instalada la podamos utilizar en el momento en que llegue el pico y no vayamos a tener dificultades. Hay una angustia muy grande, lo sabemos en los prestadores grandes, en esos hospitales específicamente de mediana y alta complejidad, y por eso vamos a tratar de protegerlos. Desde la Superintendencia, empezamos al ver estas quejas y, al ver estos hallazgos, empezamos a fortalecer primero nuestros canales de comunicación, habilitamos una opción exclusiva en nuestra línea telefónica: que es la opción seis (6) para Covid; habilitamos el chat que lo teníamos solamente de doce (12) horas y lo pusimos veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana. Estamos haciendo un seguimiento estricto: a los entes territoriales, a las EPS y algunas IPS. Y como les conté, probablemente esta semana tengamos algunas medidas cautelares para algunas

de estas EPS, que no están viendo la salud como un derecho fundamental.

Les puedo contar más o menos cómo va la actuación de la Superintendencia: hemos recibido desde el 1° de marzo al 20 de abril, aproximadamente doscientas setenta mil (270.000) personas, doscientas setenta y un mil (271.000) han acudido a la Superintendencia por todos los canales; hemos tenido aproximadamente ciento seis mil (106.000), ciento siete mil (107.000) quejas y reclamos, peticiones de la ciudadanía; curiosamente de adultos mayores hemos recibido cerca de treinta y siete mil (37.000) quejas; de pacientes con alto costo o que tienen riesgo de vida cerca de ocho mil doscientas (8.200); hemos atendido de coronavirus solamente mil quinientas setenta (1.570) personas (creería uno que es una relación baja) y lo mismo de siempre, las quejas de los usuarios que nos llaman es: por falta de medicamentos, porque no les llegó el medicamento, porque no hubo una atención oportuna, porque no les han agendado una cita con el especialista y algunas quejas muy pocas cerca de trescientas cincuenta (350) porque se ha demorado el resultado en la prueba.

Recuerdan que les quiero contar el año pasado y a principios de este, nosotros recibíamos un promedio de diez mil (10.000) llamadas diarias, en enero empezamos a bajar como a ocho mil (8.000) y hoy tenemos aproximadamente cinco mil (5.000), cinco mil quinientas (5.500) llamadas diarias, que no son quejas; algunas son: para pedir información. Pero, digamos que estamos articulando todas estas quejas con las ligas de usuarios, con las asociaciones, nos hemos enlazado con la Defensoría del Pueblo, hemos tenido permanente contacto con las EPS, advirtiéndoles las quejas de los usuarios. También, nos hemos articulado con los operadores logísticos de medicamentos y Comfenalco que los agrupa a ellos, tenemos también una articulación con las cajas y con los secretarios distritales y departamentales de salud entregando permanentemente los lineamientos, a veces nos demoramos unos 2, 3, 4 días, cuando el Ministerio saca algún lineamiento, una Resolución como nos ocurrió con el 521, el 536, 538; lo que hacemos nosotros de manera rápida es actuar en esa guía y en ese protocolo, para poder impartir las órdenes a todos los vigilados una vez haya alguna Resolución.

Tuvimos que suspender algunos términos, especialmente con las funciones jurisdiccionales, pero no tienen que ver con los usuarios. En los asuntos básicos que tienen que ver con riesgo de vida, de salud, pues estos, estas funciones jurisdiccionales no se suspenden; suspendimos: las que tienen que ver con temas económicos, con glosas, con recobros. Pero estamos trabajando virtualmente, inclusive, también con todas las funciones jurisdiccionales que tiene también la Superintendencia; y como les conté, haciendo conciliaciones también con los que necesitan que les lleguen los recursos.

Tuvimos que tomar una decisión en la Superintendencia y tiene que ver con el levantamiento de la medida restrictiva que tenían algunas EPS,

especialmente del régimen subsidiado porque en este momento de pandemia, no queríamos que tuvieran los usuarios, especialmente esos usuarios que tengan algún riesgo de vida, que no tuvieran ninguna barrera para acceder al sistema. Entonces, esa restricción se levantó solamente mientras pasa la tragedia, eso les va a facilitar a ellos afiliaciones y evitamos esa población vulnerable que no vaya a ser atendida. De resto, pues ustedes ya vieron, lo que les expliqué con el tema de flujo de recursos que tanto ha angustiado al país, nosotros estamos tratando de hacer un seguimiento muy estricto con todas esas cosas.

Es importante en estos momentos no devolvernos pero ustedes veían que todos los Honorables Parlamentarios, que nosotros en esta Superintendencia probablemente somos los más conscientes y hemos entendido el drama que está viviendo el país, y hemos entendido la angustia desde que llegamos, que se estaba viviendo por todo el territorio nacional y por eso empezamos a tomar decisiones muy oportunas: hemos hecho cuatro revocatorias parciales a EPS, que hemos sacado incluso casi de la mitad del país; hemos hecho seis (6) liquidaciones de EPS; hemos logrado trasladar a cerca de dos millones setecientos mil (2.700.000) colombianos, tuvimos que suspender algunas de esas actuaciones mientras pasa esta pandemia; hemos tenido que tomar medidas cautelares y las vamos a seguir tomando para proteger el flujo de los recursos y más en estos momentos que sería infame que viendo nosotros la necesidad del país, se perdieran estos recursos.

Seguimos haciendo mesas de conciliación, en algunos momentos nos hemos traído inclusive para la superintendencia todo un departamento, o hemos desplazado la superintendencia a algunos departamentos para poder hacer coincidir, hacer conciliar perdón, a estas EPS que en algunas ocasiones enviaban a las mesas de flujos de recursos a personas que no tenían capacidad de negociación. Por eso hemos logrado tranzar esos 1.6 billones de pesos. Seguimos trabajando en esta ruta, seguimos tomando decisiones con algunos hospitales, hoy tengo diez (10) intervenidos; tenemos una estrategia puntual con esos hospitales intervenidos para ampliar y con los ocho (8) de SaludCoop y para ampliar en mil ochocientas (1.800) camas la red hospitalaria del país.

En los hospitales que tenemos intervenidos, algunos emblemáticos de Colombia como: el Hospital Universitario del Caribe, el Hospital de Maicao, el Hospital de San Jerónimo de Montería, el Departamental de Cereté, el Hospital de Tumaco, el de Chiriguaná, el de Villavicencio, el del Tolima. En estos hospitales, estamos haciendo una estrategia de ampliación de camas, especialmente de Unidades de Cuidado Intensivo y camas de aislamiento; esto nos va a permitir tener casi trescientas treinta y cuatro (334) unidades de cuidado intensivo nuevas que le van a quedar a esta red hospitalaria pública y en algunos hospitales que son emblemáticos; las otras camas tienen que ver con las ocho (8) clínicas de

SaludCoop como se los conté, ahí van a abrir cerca de novecientas (900) camas y aproximadamente noventa (90) UCI.

La estrategia con SaludCoop es entregarles estos hospitales a los departamentos. Hay que aclarar que nosotros, estos hospitales o estas clínicas de SaludCoop, muchas de ellas ya estaban dotadas o tienen dotación; lo que tienen que hacer los departamentos o los municipios es adecuarlas para ponerlas en máxima capacidad. Ayer, creo que ya abrieron la Clínica Norte de Cali, que fue entregada al departamento; así mismo, la Clínica Cali Sur, entregamos la de Santander, se entregó una en Santa Marta, entregamos la de Antioquia, entregamos la de Pereira, ya entregamos una en Villavicencio que era un porcentaje muy alto también de SaludCoop. Entonces en esta estrategia conjunta en la que nos ha ayudado inclusive, debo hacer el reconocimiento a la Asociación Nacional de Industriales (Andi), que también nos han ayudado con algunas donaciones.

En este momento hemos priorizado equipos de protección, ya mandamos a comprar cuatrocientos (400) millones de pesos, aproximadamente en equipos de protección para estos hospitales; hemos recuperado tres (3), afortunadamente ya empezamos a corregir el rumbo de otros. Seguiremos sancionando, seguiremos multando, Recuerden que la herencia no era fácil, solamente dieciséis (16) de las cuarenta y cuatro (44) EPS cumplían con indicadores financieros o tenían permiso para funcionar; las otras treinta y ocho (38) pues no tenían una sanidad en sus estados financieros. Por eso nosotros empezamos a tomar estas decisiones de manera oportuna.

Eso digamos, que puede ser grosso modo el recuento de lo que venimos haciendo; no ha sido fácil. Ustedes entenderán lo complejo que es el sistema, pero lo estamos haciendo con celeridad, con mucho amor por esta patria y sabemos la importancia de ustedes, y siempre estaremos atentos a todo lo que necesiten. No quise extenderme en los temas financieros ni nada, porque creo que la explicación que hizo la Viceministra, el Viceministro fue muy clara, explicación con todo lo que se viene haciendo con el tema de pruebas, pues lo dijo muy bien el INS y es competencia de ellos, entonces nosotros seguiremos en esa ruta de hacer inspección, vigilancia y control basada en riesgos que es lo que nos compete.

Presidente, muchas gracias por invitarnos, muchísimas gracias por tenernos en cuenta, ustedes saben que siempre estaremos atentos a las necesidades de ustedes, entendemos las angustias que les deben estar transmitiendo a ustedes en cada región, lo que esto significa para ustedes y también entiendo perfectamente el impacto financiero que esto tiene no solamente para las finanzas del país, sino para el sector salud. Al Vicepresidente, a usted Presidente, a todos los Honorables Representantes a la Cámara, a mis compañeros muchísimas gracias Presidente, aquí estaré atento a todas las preguntas.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted Superintendente, muchísimas gracias por la explicación. Hemos tenido pues sendas explicaciones de los dos (2) Viceministros, de la Directora del Instituto Nacional de Salud y del Superintendente de Salud. Entonces, vamos a proceder a dar el uso de la palabra, hemos tomado atenta nota del chat de la sesión virtual, de las personas que han pedido el uso de la palabra Erasmo Zuleta, Gilberto Bayardo, John Jairo Cárdenas, Edwin Valdés, Leonardo Rico, Juan Pablo Celis, Carlos Julio Bonilla, Sara Piedrahíta, Nidia Marcela Osorio y John Jairo Berrío, hasta ahora.

Les pido el favor para que seamos concretos, ya hemos tenido unas explicaciones muy claras por parte de las personas, más que una citación rigurosa, la invitación clara que hemos tenido en el día de hoy, para que nos explicaran todo lo que ha transcurrido y lo que hemos escuchado también de primera mano del señor Presidente y del Ministerio de Salud. Les pido por favor de que seamos muy concisos, un tiempo máximo de cuatro (4) minutos por la importancia de este debate, pues algunos nos solicitaron que nos saliéramos del formato de partidos, para que cada quien explicara lo que a bien tiene y preguntara sobre todo el aspecto en general del país y el tema de cada región. Entonces, les pido por favor seamos muy concisos. Al señor Superintendente, a los señores Viceministros, a la Directora Nacional del Instituto Nacional de Salud, solicitarles tomen nota que al final cada uno va a tener un tiempo, relativamente corto también para que respondan algunas inquietudes de, algunas no, todas las inquietudes de los Representantes miembros de la Comisión Tercera. Entonces empieza el Representante Erasmo Zuleta y se prepara Gilberto Bayardo.

Toma la palabra el Honorable Representante Erasmo Elías Zuleta Bechara:

Muy buenas tardes, señor Presidente, un saludo especial a los colegas de la Comisión, a la Secretaría, a los Viceministros y al Supersalud. Primero, felicitar a los Viceministros, al Viceministro Moscoso y a la otra Viceministra, a la Directora y al Supersalud. En su intervención, la verdad es que fueron de buena manera, suenan muy bien las acciones tomadas; mas sin embargo, hay varias dudas que dejaré claras en mi intervención. Inicio desde el final, desde la última intervención a cargo de la Superintendencia de Salud; doctor Fabio, muy bien lo anunció usted, las ARL están hoy tomando acciones o cumpliendo con el Decreto 488 y el Decreto 500 por parte del Presidente de la República, pero hay que ser claros, hoy las ARL al igual que los bancos se han beneficiado de las empresas colombianas y hoy que se requiere de su solidaridad no lo han demostrado señor superintendente. Esto no es responsabilidad suya el cumplimiento de esto, pero sí es muy importante Superintendente que se siga vigilando el cumplimiento de que los hospitales y clínicas estén cumpliendo con los protocolos. Las personas que

hacen parte de los hospitales y clínicas y todo el personal médico que cuenten con los elementos de protección personal.

Las ARL han demostrado un egoísmo tremendo en estos días, donde solamente les conviene sus rendimientos financieros, sus utilidades. Las ARL hoy tienen más de 10.5 millones de trabajadores colombianos afiliados, donde no están teniendo ningún tipo de siniestros; yo creo que es importante que las ARL entren en cintura señor Supersalud y veamos de qué manera se incrementa el porcentaje para destinar a los implementos de protección personal.

Por otro lado, es importante lo que mencionaba la Directora del Instituto Nacional de Salud; sin embargo, yo quiero preguntar ¿cuáles son las acciones que se van a tomar, una vez salgamos de esta cuarentena obligatoria el día 11 de marzo?, ¿por qué son tan bajos el número de pruebas realizadas por millón de habitantes? Tenemos países vecinos como Chile, Perú; Chile con seis mil doscientas (6.200) pruebas por cada millón de habitantes; Perú con cuatro mil ochocientas (4.800); Panamá con cuatro mil quinientas (4.500) y en Colombia únicamente estamos haciendo mil doscientas (1.200) pruebas por cada número de habitantes. Yo creo si bien es cierto, esta cuarentena ha permitido contener un poco la propagación del virus, pero una vez el 11 de mayo comiencen a salir a la calle estos sectores de manera inteligente, la propagación se va a dar, se va a dar la propagación y no podemos seguir diciendo que es que no hay contaminados cuando sabemos que es que el número de pruebas realizadas, sobre todo en las regiones apartadas del país, no se están haciendo, no hay un número de pruebas significativo que nos permita conocer la realidad del país.

Yo creo que esto es sumamente importante, se habla de las personas de la salud, de que deben tener los elementos de protección, pero también tenemos que ver qué vamos a hacer con los campesinos colombianos que para asegurar la seguridad alimentaria; están saliendo a trabajar el campo colombiano y, si bien tenemos la información por parte del DANE, la población campesina es una población con mayor edad y a la vez el servicio de salud en estas zonas del país pues es escaso, casi que no existe.

Escuchaba hablar al Viceministro de la manera en que se distribuirán los recursos, yo quiero hacer una pregunta a los compañeros también y al Viceministro de Salud: ¿Qué cuál ha sido el papel del FOME? Se creó un FOME para el supuesto manejo o integrador de todos los sectores, pero ¿cuál ha sido el papel y cómo se van a distribuir esos recursos en las regiones? No puede ser por el número de infectados o por el número de pruebas, porque si es por el número de pruebas e infectados se seguirán concentrando el número de camas e inversiones en las grandes capitales del país, y hoy tenemos claro que el país tiene solamente cinco mil setecientas (5.700) camas aptas de UCI, de las cuales más del 51% están en las ciudades capitales. Yo creo que aquí deben priorizar los sectores aislados del país,

sectores como Córdoba, Chocó, Amazonas, Guajira, Vaupés, Guainía, Vichada, son departamentos que hoy tienen bajas tasas de camas UCI. Esta debe ser la prioridad, solamente ayer salió el Presidente de Ecopetrol anunciando diez mil (10.000) millones para el fortalecimiento de la red hospitalaria de Bogotá, ¿Qué es esto? Si Ecopetrol no es solamente Bogotá, Ecopetrol es Colombia.

Yo creo que esto se debe parar y mirar de qué manera estos recursos no solamente se queden en Bogotá. Bogotá tiene un presupuesto bastante suficiente para invertir en la salud; estos recursos deben llegar a las regiones más apartadas que no tienen capacidad de adquirir camas UCI.

Segundo, si bien es cierto esta crisis a causa de la pandemia del coronavirus fue algo inesperado para el mundo. Hoy la Directora del Instituto Nacional de Salud manifestaba que se está buscando la manera para que otras entidades entren a apoyar, luego del 27 a los entes territoriales, el tema de las respuestas rápidas. Hay algunos entes territoriales que ya han contratado su personal a través de prestaciones de servicio con unos objetos específicos; como bien sabemos, las pandemias el virus permanece latente en el país y en el mundo, creo que sería importante ver de qué manera se puede hacer, para que estos contratos de prestación de servicios que ya existen con un objeto específico, se puedan modificar de que estas personas salgan a apoyar a los entes territoriales con otro objeto en aras de seguir trabajando en la prevención y contención del virus. Eso era todo, esas eran las dudas que tenía al respecto señor Presidente.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted muchas gracias, Representante Erasmo Zuleta. El Representante Gilberto Betancourt y la Representante Katherine Miranda.

En uso de la palabra el Honorable Representante Bayardo Gilberto Betancourt Pérez:

Muchas gracias Presidente, un cordial saludo a la Directora del Instituto Nacional de Salud, al Superintendente de Salud, a los Viceministros que nos acompañaron. Las dudas que tenemos desde acá, desde el sur de Nariño son algo parecidas a las que acaba de expresar nuestro colega de Córdoba. Básicamente, creo que los problemas están centrados en dos temas: el uno, es el tema del diagnóstico, yo veo que en eso no ha hecho lo suficiente Colombia, no ha hecho lo suficiente el Instituto Nacional de Salud. ¿Por qué –y lo decimos de esta manera porque sabemos que es un tema nuevo, obviamente–, pero por qué por ejemplo Chile, Perú, y otros países lo han podido resolver de mejor manera? Tienen más pruebas, tienen muchos más diagnósticos. Y yo la felicito a la Directora del Instituto Nacional de Salud, porque ya hay cuarenta y cuatro (44) laboratorios que están disponibles en Colombia, pero hace un mes o hace 20 días la realidad era otra.

En Chile había cincuenta (50) laboratorios y en Colombia había solo cinco (5) laboratorios habilitados, además esos cuarenta y cuatro (44)

laboratorios, Directora con unas deficiencias impresionantes, por ejemplo: en Nariño tenemos solo para veinte (20) pruebas y no se consiguen los kits de extracción por ningún lado. Yo, y usted lo da por hecho que el jueves llegan ya los kits de extracción, pero creo que ahí hay una parte de negligencia de parte de ustedes ¿por qué no los consiguieron antes? ¿por qué no hicieron los contactos a tiempo, como sí los hicieron otros países y lo tienen, lo previeron desde el inicio? Entonces con veinte (20) pruebas diarias en Nariño es muy difícil.

Hoy hablaba con la Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño y ella me decía: doctor pídale el favor, ruéguele, dígale que nos presten cincuenta (50) kits de extracción, porque nosotros tenemos la capacidad de hacer cien (100) pruebas diarias, pero no tenemos, no podemos conseguir los proveedores, no nos responden, nos dan noticias de que llegan estos kits este día, pero se han tardado muchísimo. Entonces, este es un tema que lo tiene que resolver el Gobierno nacional a través del Instituto Nacional de Salud, creo que ahí ha fallado, creo que hay un tema de negligencia bastante fuerte y pues hay que ponerlo sobre la mesa.

Lo de las pruebas rápidas, otros países ya están haciendo pruebas rápidas, acá en Colombia no veo que en eso se esté avanzando, igualmente se dice que llegan tal día, no han llegado y tenemos muchas deficiencias en el tema de diagnóstico. Mire, yo conozco casos cercanos, que acá en Nariño se han demorado 15 días en el Instituto Nacional de Salud los resultados. Es decir, llega la prueba o llega el resultado cuando ya el problema ha pasado. Hay un caso especial de una persona cercana que se hizo primero la prueba y no le llegó hasta 15 días; este señor se enfermó nuevamente y le volvieron a tomar prueba y todavía no llega. Es decir, en las dos (2) pruebas se han demorado un (1) mes; yo llamé al Instituto Nacional de Salud, llamé al Instituto Departamental de Salud, pero no hay respuesta coordinada entre el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Departamental de Salud y eso nos preocupa infinitamente.

Y el otro tema, definitivamente es las IPS desfinanciadas totalmente, acá en el departamento de Nariño, el Gobernador lo ha dicho: el Gobierno nacional nos ha dejado solos. Tanto así, que el departamento de Nariño tuvo que disponer de cuarenta (40) mil millones de pesos de recursos propios y hacer un proyecto que ustedes saben lo que tarda un proyecto de regalías de ciento veinte (120) mil millones de pesos adicionales para proveer de camas UCI a todas estas IPS, porque la disponibilidad de Nariño es de ciento treinta y cinco (135) camas, pero con una ocupación del 90%, es decir tenemos disponibles quince (15) camas o veinte (20) camas de UCI y obviamente con eso no se va a poder superar la medida. Yo creo que, en este tema, ahí el Viceministro lo explicó, estamos esperando todas las decisiones que se deban tomar por parte del Ministerio para que las IPS tengan los recursos.

Yo creo que ahí hay un tema delicado y creo señor Viceministro, señora Directora Nacional de Salud y Superintendente, que nos deben ayudar. Acá hay un problema fuerte en hospitales de la costa pacífica; son diez (10) municipios de la costa pacífica nariñense incluido Tumaco. Tengo que dejar un dato y tengo que hacerle público, mire que llama un radiólogo conocido de Tumaco y me dice: Oiga, es que yo puedo hacer un mejor trabajo acá en el municipio de Tumaco, pero resulta que el interventor de la Superintendencia nos dice que no, que ya han contratado con personas de Bogotá. Imagínese lo complicado, contratar un radiólogo de Bogotá que tiene que leer todo eso desde Bogotá, y habiendo radiólogos en Tumaco.

Entonces, este es un tema para el Superintendente y se lo digo de frente, porque es bueno que nos dé explicación sobre eso, y muchos problemas en el departamento de Nariño. Con la frontera el Gobierno nacional a través del Ministerio de Defensa se comprometió a enviar fuerza pública; mandó solo cuatrocientos (400) mientras que, en Cúcuta, se mandó más de cuatro mil (4.000) hombres a resguardar, sabiendo que en Venezuela no hay casos tan drásticos, o tantos casos como en el departamento de Nariño por la frontera con Ecuador, que está rebosado totalmente de casos. Entonces, esos son los comentarios que yo tengo, o que hago, pues dirigidos al Superintendente, a la Directora del Instituto Nacional y al Viceministro para que en el departamento de Nariño se ponga mucho más cuidado en temas de diagnóstico, en temas de la desfinanciación de las IPS y este tema de manejo político, social, militar del departamento de Nariño y de la frontera. Muchas gracias.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted Representante Bayardo; le solicito entonces como lo demostró en su exposición el Representante Bayardo, que cada uno de los citados, Superintendencia, Ministerio o en su defecto Instituto Nacional de Salud, tomen nota de cada una de las intervenciones, porque ahora cada quien se remitirá a las inquietudes que son de competencia de su cartera. La Representante Katherine Miranda y seguidamente el Representante John Jairo Cárdenas. Les pido por favor muy concisos en el uso de la palabra, que ya hay varios Representantes que quieren hablar.

En uso de la palabra la Honorable Representante Katherine Miranda Peña:

Muchas gracias, señor Presidente, un saludo a los funcionarios, muy buena la presentación; sin embargo, como decían los compañeros, poco real y nada más alejado de la realidad en las diferentes regiones del país.

Uno de los supuestos que tienen es la disponibilidad de UCI, supuestamente realizar la liberación de las mismas disminuyendo las operaciones que no son urgentes, porque digamos gracias a la situación de aislamiento ha habido una

disminución de accidentalidad vial y en la violencia. Entonces más o menos dicen que hay un 50% a nivel nacional de disponibilidades de las UCI, de las cinco mil trescientas (5.300) que actualmente hay. Sin embargo, yo quiero llamar la atención porque pese a que yo soy Representante de Bogotá, acá en Colombia, ningún departamento tiene más de dos (2) camas de cuidado intensivo por cada diez mil (10.000) habitantes. De hecho, los más alejados, los departamentos más alejados como Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare no tienen ni siquiera una (1) UCI, para atender estos casos críticos. Adicionalmente, la Asociación Médica Crítica y de Cuidado Intensivo dice, a diferencia de ustedes, que, en estos momentos en el país, en plena cuarentena, sin que de verdad hayamos visto el pico, porque lo peor está por venir, no lo estamos viendo todavía porque estamos confinados, dice que el 80% de las camas a nivel nacional están ocupadas.

Entonces, a mí me asaltan unas preguntas y es, nosotros ahorita no estamos viendo realmente lo que está pasando en el país y no tenemos claridades frente a la situación real, porque en número de pruebas acá no se están aplicando las suficientes. Mientras nosotros estamos aplicando en el mejor de los días tres mil (3.000) pruebas diarias, países como España o países como Italia aplican entre cuarenta mil (40.000) y sesenta mil (60.000) pruebas diarias. Nosotros no tenemos ni idea, de verdad de lo que es el virus y como está afectando a la sociedad. En este momento, yo le pregunto a la doctora Martha Lucía, hoy se tenía previsto el inicio de la aplicación de pruebas rápidas, que eran aproximadamente cien mil (100.000); yo le pregunto ¿sí se van a aplicar? En Bogotá aún no comienzan, porque me dicen que están en un proceso de validación ¿por qué no se ha iniciado el proceso hoy? Nosotros necesitamos saber qué pasó, porque una cosa son los anuncios que se le da a la ciudadanía día a día, se le decía que se iban a aplicar hasta trescientas mil (300.000) pruebas en una semana y no estamos superando las tres mil (3.000) pruebas diarias, y en otros casos estamos aplicando mil doscientas (1.200), mil (1.000) pruebas diarias. Eso, no nos está dando un panorama real de la situación.

Otra de las preguntas que tengo es cómo funcionan los centros reguladores de urgencias para que todas las camas de unidades de cuidados intensivos puedan ser usadas por cualquier ciudadano, independientemente de su EPS. Me gustaría que ustedes me relacionen ¿cuándo se van a entregar realmente los respiradores? Porque ustedes acá en la presentación hacen unas proyecciones muy buenas diciendo que vamos a aumentar el número de capacidad de las unidades de cuidados intensivos a nivel nacional; pero me puse a revisar el Secop, y si bien hay unos contratos ya con fábricas como Quirurgil, Mindrai e Instrumentalización SAS, los respiradores no están y no van a llegar ya. Entonces no entiendo bajo qué argumentos se está pensando en levantar una cuarentena el 11 de mayo, cuando los supuestos que tenemos nosotros es que, hasta ahora, a finales de mayo se van a recibir treinta

(30) respiradores, solo treinta (30), estoy hablando, en junio se recibirán ciento diez (110) adicionales, en julio mil doscientos (1.200) y en agosto los quinientos cincuenta y nueve (559) restantes, claramente después del pico.

Entonces, no entiendo la argumentación de levantar próximamente la cuarentena o simplemente de habilitar dos (2) sectores muy importantes de la sociedad colombiana, claramente los más pobres, como son la construcción y el sector manufacturero. ¿Cuál es el impacto que va a tener en la salud el número de contagios que ustedes han proyectado, al abrir estos dos sectores a la economía, y que salgan a la calle y que puedan salir a trabajar en el número de contagiados, en el número de hospitalizados, en el número de camas utilizadas, y en el número de muertos?

Se tiene una meta, como lo decían, ustedes tenían la meta lo dijo el Ministro de Salud, hace un tiempo de trescientas cincuenta mil (350.000) pruebas semanales, y según los datos del Instituto Nacional de Salud, no se está llegando en este momento a quince mil (15.000) pruebas semanales. Sin embargo, los famosos kits de PCR requieren una etapa previa a la primera fase, la que es de separar el ácido nucleico; sin embargo, esto se encuentran en una escasez mundial, tal como lo dijeron el Viceministro y la Directora del Instituto Nacional de Salud. Entonces yo quiero saber ¿Qué planes se tienen para utilizar realmente estas pruebas y encontrar los reactivos para separar este ácido nucleico, porque realmente nosotros no estamos en la capacidad ni siquiera de hacer las pruebas, porque hay una escasez importante de estos elementos?

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Treinta segundos Representantes.

En uso de la palabra la Honorable Representante Katherine Miranda Peña:

Yo soy la única del Partido Verde, presidente; ya termino.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Es que no estamos por partidos estamos individual representante; bien pueda termine su intervención.

Nuevamente en uso de la palabra la Honorable Representante Katherine Miranda Peña:

Ok gracias. El Presidente de Fasecolda, Miguel Gómez Martínez, aseguró que las ARL no tienen la capacidad de comprar los diecinueve (19) millones de insumos que se necesitan, así como el Gobierno nacional les exigió a las ARL. En estos momentos, donde se dicen no están en la capacidad, ¿cómo harán el Ministerio de Salud y la Superintendencia para que esto realmente se dé, ya que quienes están en juego son los médicos que tanto necesitamos en estos momentos? Muchas gracias, señor Presidente.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted Representante Katherine y discúlpeme por la interrupción. El Representante John Jairo Cárdenas y seguidamente el Representante Juan Pablo Celis.

Toma la palabra el Honorable Representante John Jairo Cárdenas Morán:

¿Me escucha Presidente?

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Ay, sí, perfecto.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Sí señor, sí lo escuchamos.

Tiene el uso de la palabra el Honorable Representante John Jairo Cárdenas Morán:

Primero que todo, agradecerles a los funcionarios que han tenido la diligencia y la amabilidad de venir a presentarnos un informe lo más completo posible. Quisiera, no obstante, pedirles que el mismo nos fuera entregado por escrito; porque se trata de un cúmulo tan grande de información que uno no puede digerirla con suficiente claridad; por eso mi primera solicitud respetuosa a los funcionarios, es que nos hagan llegar por escrito lo que aquí se nos presentó. Lo segundo, a mí sí me alegra escuchar el reconocimiento que ha hecho el Superintendente de Salud, en el sentido de que hay, dice él “unas EPS que al parecer no han advertido que la salud es un derecho fundamental”. Señor Superintendente, no son algunas las que no han entendido que la salud es un derecho fundamental; yo diría que son casi todas, todas, y hay que estar advertidos de que ellas les pagan es fundamentalmente aquellas entidades con las que tienen negocios. Por eso lo que ustedes están haciendo me parece prudente, pero les quiero decir que no va a ser suficiente, porque allí lo que hay es una trama de negocios, que está orquestada desde la cúpula de las EPS y por eso la plata se enreda, si ustedes se descuidan.

Segundo, a mí sí me preocupa que tengamos un modelo tan centralizado de atención a la pandemia, a mí me preocupa que todo esté todavía tan a nivel de Bogotá, que no se haya hecho un esfuerzo por aterrizar de acuerdo a las particularidades regionales y locales todas las políticas y todas las estrategias. Entonces, lo que tenemos es una inmensa cantidad de decretos, pero acá, uno que está en la región, no percibe los efectos concretos de esas decisiones. El Gobierno tiene que aterrizar en las regiones y en las localidades, y solamente lo hace si se pone a trabajar de la mano con los gobernadores y con los alcaldes; de otra manera no vamos a obtener resultados.

Yo vengo, estoy hablando del departamento del Cauca, entonces, por supuesto la voz mía, es la voz que representa el sentimiento y las preocupaciones de la gente en el Cauca, y, en esta dirección, a mí sí me preocupa y quisiera que me dijeran: ¿Cuáles son

las pruebas proyectadas en materia de coronavirus para para el Cauca? Yo quiero saber y pido que me den esa información, y quiero saber también que me digan también ¿Cuáles son las proyecciones que ustedes tienen? pero quiero que eso, no solamente sea una información de computación, de computador, sino que eso se traduzca en un acompañamiento real y efectivo para que nuestras autoridades departamentales y locales trabajen con esa información, diseñen procedimientos y produzcan acciones concretas.

También, en la misma dirección, les quiero contar la situación de la red hospitalaria del Cauca es lamentable, hoy no hemos avanzado casi en nada en materia del fortalecimiento de la capacidad del sistema para atender a la gente y por eso, yo pido al Gobierno nacional que venga también y nos haga un acompañamiento concreto. También y en la misma dirección, el Hospital San José, les quiero contar esto: facturaba más o menos, mensualmente entre doce mil (12.000) y trece mil (13.000) millones de pesos, ahora está facturando a cuenta de la situación de la crisis del coronavirus tres mil (3.000) millones de pesos, ¡se va a quebrar! ¡se va a quebrar el Hospital San José! Y entre tanto las EPS le deben ciento veinte mil (120.000) millones de pesos al Hospital San José. Ministro, Superintendente, necesitamos que las EPS le paguen al Hospital San José, porque si no el hospital se nos va a quebrar.

Finalmente, una solicitud respetuosa también al Ministro, al Superintendente, acá en el norte del Cauca tenemos una empresa que tiene la experticia y la capacidad de producir ventiladores mecánicos; respetuosamente quiero pedirles que nos escuchen, que permitan, acá se agrupó un núcleo de empresarios, muy significativos, y están en condiciones de producir al menos quinientos (500) ventiladores mecánicos. Quiero pedir, por este conducto respetuosamente, que se escuche a estos empresarios del norte del departamento del Cauca, para que se evalúe la posibilidad de que este ventilador mecánico también se pueda comprar por parte del Gobierno nacional en la atención de la pandemia. Muchas gracias.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A Usted Representante John Jairo Cárdenas muy amable por el uso del tiempo. Tiene el uso de la palabra el Representante Juan Pablo Celis, seguidamente Leonardo Rico y David Racero.

Toma el uso de la palabra el Honorable Representante Juan Pablo Celis Vergel:

Bueno Presidente, un saludo muy especial para usted y para los compañeros. A ver Presidente, yo quiero empezar por decir que las exposiciones de los dos Viceministros de Salud y del Superintendente, y de la doctora del INS, lo dejan a uno con la tranquilidad de saber que la planeación que se está realizando por parte de los sectores de salud en el país y de la presidencia en cabeza del Presidente ¡es correcta! Yo creo que digamos el motivo del

aplazamiento de la cuarentena hasta el 11 de mayo es producto también de mucha de la información que hemos tenido acá, y quiero empezar en ese sentido, por de alguna manera reconocerles a los entes que nos acompañan en su labor diaria.

Sabemos que no es fácil y que, a veces, también depende de situaciones exógenas y que no están en su poder para poder dar solución. Por ejemplo: las pruebas y por ahí quiero empezar, yo creo que lo han dicho los compañeros anteriormente, pero tenemos que identificar en el sector salud cuál va a ser la responsabilidad de las EPS en estas pruebas. Y ahí también, debo hacer un llamado muy respetuoso Superintendente, las EPS no se ven en este momento con el compromiso de atender la pandemia de la manera adecuada. Creo que sus acciones, lo que están empezando a hacer, las sanciones que anunció en la mañana de hoy, sin conocer digamos el detalle, por todo lo que nos acabó de decir, pues van en el sentido correcto y es que ustedes son los dientes del sector salud, que tienen que colocar a las entidades en cintura, para que esto, digamos en su debido momento, se tenga la efectividad de los recursos puestos donde tienen que estar para la ejecución de la atención a los pacientes de Covid 19.

Entonces, ojo con una cosa doctora Martha Lucía, los pacientes con enfermedades preexistentes, aquí tenemos una base de datos clara de las EPS, ellos deberían estar haciendo ya las pruebas rápidas a estas personas y las moleculares a quienes salgan y donde haya dudas al respecto; porque no sabemos, en este momento en qué están gastando las EPS los recursos, en prevención que deben estar ejecutando en este momento y que se puedan focalizar en estas pruebas a su población, para poder tener mayor control de la posible epidemia en las personas que tienen a su cargo. Los implementos de seguridad, lo hemos dicho también como partido, no podemos solamente descargar esa responsabilidad en las ARL, necesitamos hacer un control a las ARL, de lo que están haciendo y cómo pueden llegar a más personas; pero aquí, también hay una responsabilidad de los empleadores, las clínicas, así sea que hoy en día salgan, compren los elementos de protección, se los den a su personal médico y después lo descuenten del pago de las ARL que le corresponde y que lo sepan justificar para poder tener mayor agilidad. Todos los días, los médicos del departamento Norte de Santander mandan una cadena diciendo: otro día más y los elementos de protección nada que nos llegan por parte de la ARL, ni de los dueños de las clínicas, que se tiran la pelota de uno al otro y ahí hay un mecanismo efectivo, para que ellos puedan darles esos elementos a quienes lo necesitan.

Cargo por disponibilidad, creo que es claro lo que ha planteado también el Centro Democrático, es que esos hospitales y clínicas que hoy en día no tienen los eventos suficientes para poder facturar a las EPS, pueden tener un cargo por disponibilidad de camas y de servicio médico para cuando lleguen los momentos más críticos de la pandemia. Otra cosa doctora Martha Lucía y debo decírselo con toda claridad, hay muy poca confianza en la opinión

pública, en los datos que están transfiriendo ustedes de la pandemia en los departamentos ¿Por qué? Y le voy a poner ejemplos puntuales, los amigos nuestros, médicos, nos dicen en las clínicas que llaman al IDS a que puedan hacer las pruebas a pacientes que tienen sospechas de tener el virus y en el IDS le dicen que por estar en etapa de mitigación, no se hacen las pruebas y los pacientes terminan volviéndose para sus casas sin saber si tienen o no el Covid 19 y a veces se están demorando entre diez (10) y quince (15) días. En eso hay que, por favor tener mayor agilidad, nosotros no podemos dejar que la opinión pública pierda la confianza en las instituciones y en los datos que transfieran las mismas.

Los nueve (9) millones de las EPS que están aquí en los recursos, yo tengo una duda muy particular al respecto, a ver, los recursos están canalizando en su gran mayoría a través de las EPS y las EPS se los dan a las IPS para que estos digamos, puedan pagar las nóminas y puedan colocar a punto la tensión; pero los entes territoriales no se ven por ningún lado, los entes territoriales y las IPS y las EPS, no están haciendo esfuerzos para aumentar las capacidades instaladas que tienen hoy en día en las regiones, son los entes territoriales quienes están haciendo un gran esfuerzo para poder aportar en las nuevas camas, en la adecuación de los hospitales y demás. Y son ahí ¿Qué vamos a hacer con los entes territoriales para que puedan tener los recursos que se necesitan?, yo le pongo un ejemplo: aquí en el Norte de Santander calculan que la emergencia puede valer noventa mil (90.000) millones de pesos. En estos momentos, la Gobernación no tiene sino treinta mil (30.000), ¿de dónde van a salir el resto de los sesenta mil (60.000) millones de pesos, para poder tener las novecientos (900) camas que se necesitan para la atención de la crisis?, eso es un tema muy importante.

Lo otro, son las cuentas maestras, hablábamos hace un momento con los compañeros, por el interno y queríamos saber ¿cuántos eran los recursos que había en las cuentas maestras de salud?, para saber con qué cuentan también los municipios y los departamentos en este momento difícil que pudiera tomar de este punto. Presidente, por el espacio y como lo dije anteriormente, muy buena la relación, creo que van por el lugar correcto, pero eso se tiene que materializar en acciones concretas en las regiones para que podamos estar preparados para cuando salgamos a la calle y se dispare la epidemia; porque aquí también hay que decir una cosa, aquí no se ha aplanado la curva, aquí lo que se ha hecho es posponer la incidencia o la inducción de la curva hacia arriba, porque todo mundo está guardado. Tenemos que tener claro que eso también es producto de no estar preparadas las regiones para poder atender la pandemia, también viene la prórroga del aislamiento. Muchas gracias.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted Representante Juan Pablo Celis, muy amable. Tiene el uso de la palabra Leonardo Rico,

seguidamente David Racero y seguidamente Carlos Julio Bonilla. Leonardo Rico.

Toma la palabra el Honorable Representante Néstor Leonardo Rico Rico:

Gracias Presidente, Secretaria, un saludo a la doctora Martha Lucía, al doctor Fabio Aristizábal y a todos los Vices del Ministerio de Salud. Quiero ser muy breve y puntualmente para los invitados que no me conocen Leonardo Rico, Representante de Cundinamarca; el saludo es específicamente para una solicitud para el departamento, de acuerdo a la normatividad que se ha emitido con decretos de fuerza de ley y con acuerdos del DNP. Este momento del Covid, se han hecho varios decretos con fuerza de ley para poder transformar todo lo que ha sido la Ley 100 y lo que no ha sido positivo en el pasado. Específicamente, el 2 de abril se emitió el Acuerdo número 58 por el DNP; en la misma fecha, el Decreto 513, en el cual habla de los mecanismos de los recursos de regalías para que les dan la potestad a los entes territoriales, específicamente a las gobernaciones para poder atacar y mitigar el Covid, con proyectos directamente a cargo de estos recursos. En el departamento de Cundinamarca, se hizo todo el trabajo para este proyecto, que lo emitieron en base a el acuerdo que les dije y el decreto a nivel nacional para poder tener insumos y medicamentos, no sé si se me fue la, no sé si sigo...

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Le estamos escuchando perfectamente Leonardo.

Nuevamente Toma la palabra el Honorable Representante Néstor Leonardo Rico Rico:

Gracias. El desgaste que tiene cada una de las administraciones de los gobiernos departamentales, para acatar estos decretos de ley, para que después en el trámite interno de cada una de las dependencias, pues vamos a perder el tiempo con lo que en realidad viene y se va a vivir en los peores momentos de esta crisis del Covid en el área de promoción, específicamente del Ministerio, no se ha podido desenredar y darle agilidad a la herramienta jurídica del Acuerdo 58 en concordancia con el Decreto 503, petición específica del departamento de Cundinamarca de la Secretaría de Salud. Muchas gracias.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted Representante Leonardo Rico. Tiene el uso de la palabra el Representante David Racero y seguidamente el Representante Carlos Julio Bonilla.

Hace el uso de la palabra el Honorable Representante David Ricardo Racero Mayorca:

Gracias Presidente. Muy buenas tardes, muy rápidamente, tres aspectos: Primero, hoy doy un saludo, damos un salud a todos los profesionales de la salud, técnicos de la salud, del nivel asistencial, que salieron hoy en diferentes partes del país, diferentes ciudades, municipios a protestar por lo que hoy conocemos de situaciones no dignas, sobre sus condiciones laborales en el marco justamente del tratamiento del coronavirus, de las respuestas

al coronavirus, pero sobre todo que se está dejando ver, de lo que ya es un acumulado, que viene desde antes, de un proceso paulatino de pérdida de dignidad laboral de nuestros profesionales de la salud. Estamos hablando hoy en día de aproximadamente ciento sesenta y nueve (169) profesionales de la salud, dados positivos por el coronavirus, cuatro (4) fallecidos, varios despedidos y muchos en condiciones paupérrimas de dignidad laboral ¿Qué hacer con esta situación?

Señores Viceministros, no los escuché en ninguna de sus intervenciones hablar sobre el tema los profesionales de la salud y una propuesta que planteamos nosotros desde la Bancada Alternativa, y es que, en este momento vale la pena tomar la decisión de poder exigirles a las EPS y a las IPS, que generen contratos laborales directos, que generen estabilidad laboral digna a dichos profesionales y a los promotores, al nivel asistencial, todo lo que tiene que ver con la puesta misional del servicio nacional en toda Colombia. Creo que vale la pena hacerlo Viceministros y creo que ese es un mandato que se debe dar en estos momentos, en redes sociales y los invito a seguir el *hashtag* #sinproteccionnippió y que lo lamentable, la situación de que ahora nuestros médicos hayan muerto por motivo de su atención, de su vocación para salvar las vidas, no se vuelva a repetir.

Segundo Presidente, quiero preguntar por la canalización de dinero directamente a las IPS, a todas las prestadoras de salud, tanto públicas como privadas; recapitulo rápidamente lo que nos dijo la Viceministra, tres montos, tres conceptos de giros, de gastos, de inversión. Primero, giros recurrentes que hasta la fecha, abril, van aproximadamente como lo dijo: 6.8 billones para el sistema contributivo; 7.6 para el subsidiado, y hasta mayo, una estimación de 1.1; total 15.5 billones de pesos, hasta mayo según lo que nos dice la Viceministra. Segundo, en temas de, por motivo de la atención inmediata del coronavirus, lo que está dispuesto en el FOME, 6.6 billones de pesos. Y tercero, todo el saneamiento de deudas: sector contributivo 5.3, sector subsidiado 1.5, y pagos por tecnologías, servicios no UPC aproximadamente 2.17 en total 8.9. En total, toda esa bolsa, de lo que nos expone la Viceministra es aproximadamente 31 billones de pesos.

Mi pregunta puntual ¿Cuánto les va a llegar de manera directa a las IPS? No que se quede en la intermediación de EPS, sino en las IPS, sobre todo, porque hoy sabemos que la deuda que tienen las EPS con las IPS puede oscilar a diez (10) billones de pesos, y lo único que vi de lo que usted nos presentó Viceministra fue que simplemente en estos acuerdos de pago, entre EPS y IPS, puede estar oscilando en alrededor de setecientos mil (700.000) millones, cuando tenemos un hueco de diez (10) billones de pesos. Las IPS que son las que ponen el pecho y que es el momento de ellas, no de las EPS, ¿Por qué no les hacemos un pago directo a ellas? Que lo que les debe el sistema, como sistema, se canalice directamente a las clínicas y a los hospitales. Aquí, varios Representantes de la región nos lo están diciendo: Los hospitales en estos

momentos están necesitados, no les está llegando la plata, no están pudiendo atender, no solo por motivo del coronavirus, sino que están dejando de lado los demás servicios en el marco de esta coyuntura.

Y tercero, Presidente, me preocupa la ampliación de la cuarentena, que nos lo comentaba ayer el Presidente Iván Duque en dos sentidos: Primero, el tema de la información, ¿cuál es la información? Ustedes nos hacen unas proyecciones, nos hicieron varias proyecciones, numéricas, econométricas, pero la pregunta que se hace todo el mundo es puro de sentido común –y no tenemos que ser expertos en temas de salud, ni ser médicos, ni profesionales de la salud– es: Si los tests que se están tomando se demoran catorce (14) o quince (15) días para dar resultados, ¿cuál es la información hoy, de hoy, que nos está permitiendo tomar ese tipo de decisiones? Y lo comento, porque de lo que dijo el Presidente ayer: Más o menos van a ver entre cuatro (4) y cinco (5) millones de personas que van a tener la posibilidad de salir ahora, lo que él llamó, por sectores. Qué va a salir el sector de la construcción y otros sectores menos, pero especialmente la construcción, entre cuatro (4) y cinco (5) millones de personas, que ya no se les va a aplicar el tema de la cuarentena. Entonces, ¿cuál es la relación entre información fidedigna, cuando los resultados que tenemos hoy en día se están demorando tanto, y es así por la dinámica de los tests, y especialmente de cara a la ampliación de la cuarentena; que no escuché mucho sus intervenciones respecto a lo que viene después de la próxima semana. Entonces sí quiero que se nos aclaren. Muchas gracias, señor Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante David, muy amable. Tiene el uso de la palabra el representante Carlos Julio Bonilla y seguidamente Edwin Valdés y Sara Piedrahíta.

Tiene el uso de la palabra el honorable Representante Carlos Julio Bonilla Soto.

Gracias, Presidente:

Como se ha mencionado saludar las medidas del Gobierno, saludar la presentación; yo creo... que lamentablemente pues quienes estamos... que presentamos, como en mi caso, como Cauca, como el Pacífico, donde las preocupaciones y la incertidumbre no solo se traduce desde la base del sector salud, sino también desde los gobernantes. En ese aspecto, diría que el problema que tenemos, si lo identifican bien los Viceministros, la Directora del Instituto y el Director de la Superintendencia, es traducir esa teoría, esos decretos en hechos y doy ejemplos sencillos: el giro de los recursos si definitivamente no se hacen a las IPS y a las ESE, están corriendo un riesgo, porque se están quedando en el camino y por eso los malestares y la gente que está saliendo a las calles, porque no se está traduciendo en el campo; ejemplos como el que presentó John Jairo, con respecto al San José, es igual para el Francisco de Paula Santander en el Norte del Cauca, están facturando mucho menos del 70%.

Hoy no tienen capacidad de cirugías diferentes al tema del Coronavirus, acciones diferentes al tema del Coronavirus y se quedan sin capacidad de poder prestar servicios; o sea, que eso que identifican de las medidas, se requiere, se permanezca, se sostengan los giros a estas IPS para que no vamos a entrar en una crisis allá, que es lo único o poco que tenemos. Y las medidas que el Gobierno identifica para el caso de UCI y de ventiladores, pues ojalá, como lo dijo uno de los colegas sean prioritarias las regiones más pobres donde la capacidad instalada es mínima, es básica. Con respecto al seguimiento, a los insumos de bioseguridad, el cumplimiento de la ARL y los medicamentos, yo creo que el Superintendente va a tener allí un ejercicio para presentarle resultados al país, que requiere hechos, porque ya es evidente lo que ahí se presenta.

Hay un elemento que presentaron de Cauca y me parece trascendental, nosotros, debería ser el laboratorio de la Universidad del Cauca, allí lo que nos mostró la doctora no es funcional aún, o faltan algunos requisitos, me imagino algunos... químicos. ¿Qué posibilidad habría de que alguna parte de la región, básicamente el norte y el centro del departamento, pudiese hacer estas pruebas de laboratorio en el Valle, en Cali?, que está trabajando de una manera asimilativa y, además, sumarle a esto lo de las pruebas diarias; yo creo, que todo lo hemos mencionado con este tema de la reactivación de algunos sectores ¿Qué va a suceder con esos hechos? O sea, si tenemos la capacidad de hacer esas pruebas, sí existe ese volumen.

Y dos temas sencillos, el Instituto Nacional de Salud, doctora, sensatamente, técnicamente, usted habló de temas que son trascendentales y uno los saluda; las patologías ¿Nos están llevando por el camino que es? la investigación internacional, el diagnóstico ¿Nos está llevando por el camino que es? las acciones que se están tomando ¿Están ligadas a esos diagnósticos? a ese alto nivel científico, esa es una verdad, porque uno lee toda esa teoría de globalización que hay sobre lo que está haciendo Italia y otros países, y sin duda le entra una gran incertidumbre. Y termino con esto señor Presidente, el colega John Jairo Cárdenas ha hecho un llamado, en el norte del Cauca y en el Valle, en esta región una suma de profesionales, no de empresarios, de profesionales se han asociado y están hoy, con acompañamiento científico de clínicas en la capacidad de producir unos ventiladores; unos ventiladores que son un problema hoy en el mercado mundial y se diría que la única región avanzada en esto es la de Antioquia y en alguna medida Bogotá.

Esta gente está en capacidad de producirlo, de no entrar en ese tema de demanda-oferta y además de producirlo a corto tiempo; en este ejercicio ¿Qué posibilidad tiene el Gobierno nacional, todas las entidades, lógicamente articuladas a lo territorial, de acompañar este tipo de iniciativas? me parece que ya están avanzados, irían al Invima para el tema técnico de aval, pero la capacidad de producción, que sería un tema de respuesta sustancial para Chocó, Valle, Cauca y Nariño, que sin duda se podría llevar a

otras regiones, está allí, ya lista, pero va a requerir de los recursos, porque al final sí termina siendo un tema de producción y va a requerir una inversión. Básicamente, esos eran los elementos que quería, señor Presidente aportar; recordar que pertenecemos a la provincia, a regiones donde siempre, antes de todo esto ya estábamos en aislamiento, ya teníamos grandes dificultades de salud, ya estamos aislados y hoy las inversiones que se requieren deben estar articuladas a este diagnóstico que de buena manera presentan los Viceministros y los Directores, tanto del Instituto como de la Superintendencia, pero que requiere, que esto se traduzca en hechos en la región. Gracias, Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Carlos Julio Bonilla, muchas gracias. La representante Sara Piedrahíta, seguidamente el representante Víctor y la representante Nidia Marcela. Representante Sara Piedrahíta.

Tiene el uso de la palabra la honorable Representante Sara Elena Piedrahíta Lyons.

Presidente, muchas gracias.

Un saludo a todos mis compañeros y bueno, agradecer primero al doctor Fabio Aristizábal, a la doctora Martha, a los Viceministros. La verdad es que la exposición fue muy completa y la verdad los felicito porque a veces en este tipo de debates, no es fácil para uno tampoco venir y lanzar juicios o criticar muchas de las acciones, cuando sabemos que estamos en un país en donde nuestro Sistema de Salud, sobre todo, no estaba preparado para atender esta crisis. Y si quiero felicitarlo, pero también hacer unos apuntes muy importantes, porque a veces uno los escucha hablar y lo que hoy está plasmado en el papel, o en esas estrategias, o planes de acciones a tomar los diferentes aspectos del manejo de esta crisis, pues no se están reflejando en los territorios como lo han dicho mis compañeros y tampoco esas medidas están siendo eficaces para poder atender el manejo de la misma.

Yo no voy a entrar, por supuesto, a criticar ni el modelo de salud, ni la reforma al sistema de salud estructural como muchos sectores están pidiendo, de talento humano que eventualmente se dará poscrisis, pero si llamar la atención, de que si hoy sabemos que tenemos un Sistema de Salud, que ya ustedes hicieron una descripción muy, muy acertada de su situación, que tiene dificultades, que hoy tiene deudas de más de quince (15) billones de pesos, que hoy por supuesto tiene sobre todo muchas falencias en el tema de flujo de recursos y las deudas que hoy tienen las IPS, que son las llamadas en primera línea a atender esta pandemia. Yo no veo porqué insistir en que los recursos derivados de esta crisis se sigan manejando bajo la lógica del Sistema de Salud.

Ya varios compañeros lo han dicho, creo que en este momento hay que priorizar ese giro directo a las IPS, no necesitamos los recursos en las EPS, los necesitamos en las clínicas y en los hospitales. Hace pocos días, todavía se estaban quejando los

novecientos (900) hospitales públicos en Colombia, porque las deudas de cinco (5) billones de pesos, que les habían prometido que se iban a sanear, aún no se han saneado y hay aspectos muy importantes que se deben atender. Hoy una de las críticas, más allá de la planeación porque entiendo que en muchos aspectos ha sido muy acertada, es la velocidad y la contundencia con la cual se está aplicando este tipo de medida, y un compañero lo mencionó, y es que, en este momento es cierto que no estamos aplanando la curva; simplemente, por decirlo de cierta manera, hoy se está ganando tiempo o se está postergando un pico o un problema o punto crítico; previendo que nos estamos preparando y previendo que se están tomando todas las medidas para que en Colombia, no podamos tener esa, no tengamos esa cantidad de muertos como se están presentando en otros países.

Entonces yo creo, que si es muy importante que el Gobierno, además de esas estrategias, hoy le muestra al país y yo quisiera que hoy le muestre a esta Comisión, unos indicadores muy importantes, por ejemplo, unos planes territoriales sobre masificación de pruebas en la población focalizada, porque varios lo han dicho ya, hay cuatro (4) millones de colombianos que van a salir a las calles, que ya está saliendo a las calles el sector obrero, hoy se está hablando incluso de que entonces los más afectados de esta cuarentena va a ser la vulnerable clase obrera ¿Dónde están esos planes de acciones de test para esta población focalizada? porque por lo menos en mi departamento las muertes, muchas muertes y casos que han ocurrido, todavía al día de hoy, en las primeras etapas que hemos tenido del virus, ni siquiera se les ha encontrado nexo epidemiológico. Entonces, sí es muy preocupante que, si no hay claridad en muchas cifras hasta el día de hoy, no se han tenido en las primeras etapas de propagación del virus, pues que ha de esperarse en las que vienen, cuando este problema sea aún mayor y vamos a llegar a esa parte crítica.

Lo otro, muy importante es el papel que van a tener las EPS, porque yo escuché que la directora del Instituto Nacional de Salud, hablaba la responsabilidad que ellas tenían en el tema de las pruebas, yo sí quisiera saber cómo se aterrizan estos planes de acción de estas EPS y cómo se van a coordinar estos planes de acción con los entes territoriales, en lo que tiene que ver con esta magnificación de pruebas; lo otro y muy importante que ya también lo tocaron es el tema de bioseguridad; yo creo que aquí hay que tomar como dicen, el toro por los cachos. Nosotros vimos ya en estos días, lo que ha pasado en Fundación, Magdalena, la renuncia masiva en el hospital, en el Amazonas, en el hospital público de Amazonas, lo que hoy está sintiendo el personal de salud, que es el que está atendiendo la emergencia; y hoy después de mes y medio de que ocurrió el primer caso en el país, de Coronavirus, todavía no sienten que se han tomado decisiones de fondo, para la protección de sus vidas y para el abastecimiento y dotación de estos elementos de protección personal que son los que ellos requieren.

Ha faltado claridad y contundencia, yo he revisado semanalmente, día tras día, las encuestas que han hecho desde la Federación Médica Colombiana y los índices no han bajado de entre el 80% y 85% del total del personal de salud, que hoy sienten que todavía no tiene una entrega completa de su dotación y hoy todavía sienten que, entre las ARL y los empleadores, se están tirando la pelota. Por eso, yo insisto en una propuesta que hice hace días y sé que se la han hecho ya Senadores, de parte de muchos gremios, pero creo que hay que hacerla y es centralizar esta compra y abastecimiento de los equipos de bioseguridad. Yo no sé ¿Cuántas renunciadas masivas más, va a esperar el Gobierno? o si alguna medida, alguna represalia o medida peor por parte del gremio médico para que se tome una acción de fondo en este sentido; porque es que hoy, es un (1) millón de personas y es un gasto recurrente se va a tener que hacer durante el manejo de esta pandemia y digamos que centralizándolo, podríamos mitigar dos problemas que son: el tema de precios, ya que si se centraliza va a ser una compra a gran escala y por supuesto la vinculación de la industria nacional para mitigar lo que tiene que ver con el abastecimiento.

Y, por supuesto, sí es necesario el apoyo de más recursos por parte de los hoy destinados al FOME, hacia esto, hacia esta compra de elementos de protección, ya que yo creo que esto es uno de los puntos básicos, esto, lo que tiene que ver con test masivos, para poder nosotros pensar en que vamos a salir gradualmente de la cuarentena en la que nos encontramos en estos momentos; si no existen esos indicadores en el tema test, en coordinación con los entes territoriales y si no existen, esa protección al sector salud, yo creo que es muy difícil, podemos hablar entonces de suspenderla.

Hace uso de la palabra el Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias representante Sara Piedrahíta. El representante Víctor Ortiz, Nidia Marcela y Edwin Valdés.

Toma la palabra el honorable Representante Víctor Manuel Ortiz Joya:

Gracias Presidente, muy amable, un cordial saludo, nuevamente un saludo cordial a los miembros del Gobierno nacional, al Ministerio de Salud, al Superintendente, a la Directora del Instituto Nacional. Veo que el tiempo nos apremia y voy a ser muy concreto, de pronto puedo retomar algunas inquietudes que algunos representantes ya lo manifestaron y creo que es una necesidad que tenemos en las regiones, pero quiero ser muy puntual y es frente al número de las pruebas que hoy todos se preguntan. Yo creo, que al país hay que contarle la verdad y hay que contarle la verdad, a veces suene cruel, porque muchas a veces de las medidas que toma el Gobierno nacional, las personas no lo entienden; y creo que extender esta cuarentena hasta el 11 de mayo, pues habrá estudios que así lo ratifican; pero queremos saber y esto va para la

directora del Instituto Nacional es ¿Cuánto es el retraso que tenemos hoy en las pruebas en el país? y ese retraso en, porcentualmente en ¿Cuánto puede incrementar en esa semana o la próxima semana? porque hablamos que van sesenta y seis mil (66.000) pruebas pero no sabemos cuál es ese retraso y en cuánto va aumentar.

De igual manera ¿Cuánto le ha costado al país esas sesenta y seis mil (66,000) pruebas? porque me causa una curiosidad y es que lo ha manifestado el Gobierno nacional, que esas pruebas las tiene que asumir las EPS; entonces es una deuda que hoy las EPS, tienen con el sistema de salud de asumir el costo de esas pruebas y lo que han manifestado igualmente, ya varios representantes y es la situación que hoy están viviendo las IPS y las ESE públicas, porque no tienen esa prestación de servicio; entonces la pregunta va, hoy la ganancia las tiene nuevamente las EPS, a pesar de decir y manifestar que la salud no puede ser un negocio financiero ¡Pues hoy sí! y ese negocio financiero, hoy las EPS no están otorgando esa prestación de su servicio de salud, porque la telemedicina, si hoy no hemos, tenemos la dificultad de conectarnos y de tener nuestros hijos en las clases, la telemedicina hoy no se está dando. Igualmente, la atención, la programación de todas las cirugías, las citas prioritarias, igualmente no se están dando.

Sí, ustedes han manifestado que han tenido dificultades con alcaldes y gobernadores por las medidas policivas que han tomado; pero creo que hoy la UPC que reciben las EPS, pues, le está quedando libre; si no miremos también el rubro de prevención y promoción. Entonces, esto es una propuesta para el Ministerio, ese rubro lo deben destinar también para la misma misión que están cumpliendo hoy las ARL, en cuanto al personal médico y personal administrativo del personal de salud, pues las EPS también, ese rubro de prevención y promoción hoy debe ser destinado para otro grupo de población, como ha manifestado varios representantes, como el sector agrícola, igual el sector de los taxistas, que hoy están en un peligro de contagio, pues entonces que las EPS destinen ese rubro de prevención y promoción para también, comprar tapabocas, elementos de protección. Pero que no solamente las EPS ahorita se dediquen a sacar un comercial o a llenar la ciudad de plegables y de folletos sobre el Covid 19, cuando lo que necesitamos son medidas efectivas y así pasa, y la preocupación que tengo, señor Ministro, es que ustedes hacen un desgaste administrativo a las gobernaciones y a las alcaldías de que planteen ¿Cuáles son las necesidades que tiene el departamento?, ¿Cuáles son las necesidades en el tema de salud? y hablo específicamente, por el departamento de Santander.

El señor Gobernador presenta una necesidad, proyectada alrededor de ciento sesenta y seis mil (166.000) millones para aislamiento de lo que hoy se necesita, establece un número de UCI y establece igualmente un número de camas hospitalarias; en Santander estamos hablando de seiscientos treinta y ocho (638) y en camas mil cuatrocientos cincuenta

(1.450). Cuando en realidad ustedes van a disponer para el departamento, no sé si alcancé a entender bien, alrededor de trecientas (300), trecientas cincuenta (350) UCI; eso si lo dividimos en el número de municipios que son ochenta y siete (87), estaríamos alrededor de tres (3) UCI por municipio. Entonces, creo que deben de ser sinceros con el departamento y no generar un desgaste administrativo, cuando saben ustedes a que van a disponerse o que van a disponer los gobiernos locales, que también deben pensar y es que hoy muchos municipios no están preparados y entonces, la pregunta es ¿Cómo van a trasladar? hoy muchos municipios, y lo hablo por Santander, y sé que es el reflejo de la radiografía de la mayoría de los departamentos, no tienen hoy una ambulancia para transportar a una persona que requiera una UCI o una atención de tercero, de segundo, tercer nivel, entonces el Ministerio también debe dotar a esos municipios. Si bien cierto, no lo va a dotar de varias UCI, pero si darle las herramientas, una ambulancia para poder transportar a las personas que la necesiten.

Igualmente, y quiero concluir porque se me había olvidado, frente al tema de prevención y promoción y es que a la ciudadanía hay que llegarle, y hay que llegarle a toda la ciudadanía, hoy se está centrando o se está concentrando la información que se le está llegando es a las ciudades, pero hay población que se necesita también que el mensaje del Covid 19, llegue al lenguaje y al idioma de cada uno; no podemos hablar el mismo idioma, a un médico, a una persona que vive en el norte Bogotá, con el mismo lenguaje que vive una persona en el sector rural o en el sector sur de Bogotá, para poner un ejemplo. Creo que esto es un mensaje y para eso están los medios de comunicación locales, para llevar ese mensaje claro y ahí estaremos fortaleciendo también a ese sector que se ve afectado. Muchas gracias Presidente, nuevamente muchas gracias al Gobierno, seguimos pendiente de todo este tema que, como Comisión Tercera tenemos que también vigilar esos recursos, muchas gracias.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Víctor. Tiene el uso de la palabra la representante Nidia Marcela, el representante Edwin Valdés y el representante Óscar Darío Pérez.

Tiene el uso de la palabra la honorable Representante Nidia Marcela Osorio Salgado:

Muy buenas tardes, un saludo especial a todos mis colegas, pero también saludar a los que nos están acompañando en esta sesión, reiterarles lo que han dicho mis colegas, una excelente presentación, ustedes han estado a la altura de un problema inmenso, pero han respondido con dedicación y con conocimiento, de verdad lo felicito. A usted, doctora Martha Ospina, le agradezco que, a pesar de sus ocupaciones cuando la he necesitado, usted es una mujer muy diligente e inmediatamente responde; y al Superintendente de Salud, es un amigo, ha sido

gerente del hospital de aquí, de Itagüí y lo queremos mucho aquí en Antioquia, señor Superintendente y lo felicito, también por su tenacidad y todo lo que ha hecho por la salud de los colombianos.

Comienzo diciéndoles, tengo en mis manos una petición que Cosesam, que es la Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud, le hizo al Ministro de Salud que por el conocimiento, pues considero que son inquietudes bien ponderadas y ellos hacen el siguiente análisis: de treinta y dos (32) departamentos que tiene Colombia hay veintisiete (27) ya con el virus; pero de mil ciento dos (1.102) municipios que tiene Colombia, ya hablando de municipios, sólo ciento ochenta (180) tienen el virus; es decir, que el 84% de los municipios supuestamente por lo que no hay pruebas, supuestamente, no están infectados. Pasamos entonces a mirar la red pública, la red pública está conformada por: ciento doce (112) municipios, que tienen atención de segundo y de primer nivel; y de esos ciento doce (112), sólo veinte (20) tienen la atención de tercer nivel; es decir, el 10% de los hospitales de la República tienen ese nivel complejidad; están ubicados en las grandes ciudades donde obviamente tenemos el 60% de la población y ya sabemos por toda esta problemática, que en estos ciento doce (112) hospitales se ha focalizado la atención para el Covid 19.

La pregunta entonces es ¿Qué puede pasar con los otros hospitales, de los otros municipios de Colombia? De los que quedarían novecientos veintidós (922) hospitales de primer nivel, municipios lejanos, es decir municipios rurales, municipios, hospitales de primer nivel que se han venido apagando porque como no son rentables económicamente, entonces ya el Gobierno no les envía recursos sin evaluar cuál es la rentabilidad social. Cómo podemos entonces que estos novecientos veintidós (922) hospitales de primer nivel, doctora Martha, Superintendente, todos, ustedes ¿Cómo han analizado estos novecientos veintidós (922) hospitales? los cuales podrían asumir el sistema de vigilancia y aislamiento preventivo. Además de que son novecientos veintidós (922) hospitales que con seguridad hoy tenemos totalmente descuidados porque no cuentan con el personal suficiente, pero que le tienen que responder a veinte (20) millones de colombianos.

Segunda pregunta, la acabó de expresar el representante Ortiz, por eso la voy a pasar rápidamente; pero si estos, ciento doce (112) hospitales de primer y segundo nivel están dedicados a atender el Covid y por obvias razones, los pacientes en condiciones normales están en pausa, no tienen cómo facturarle a través de la UPC a la IPS, es decir, las EPS, muy rico, se están quedando con la plática. Tercera pregunta, con esta crisis hemos observado como en otras instancias se han venido prorrogando los informes administrativos, sabemos que en las Secretarías de Salud que hoy tienen un enorme trabajo, los hospitales tienen mucho que hacer en presentación de informes, las rectificaciones en salud que son cada año. Al respecto, esta asociación pregunta si se van a aplazar hasta que pase esta crisis

estos exámenes; con los giros directos, no voy a llover ya sobre mojado, pero Superintendente, esos giros directos, mire aquí en Itagüí, usted conoce muy bien Itagüí porque ha trabajado en nuestro municipio y les estoy hablando desde Itagüí un municipio del área metropolitana, porque no tenemos la excusa de que de pronto es un municipio rural que está lejos del área metropolitana de primera categoría, el hospital sabe cuánto le debe de nómina a todo el personal, cuatro (4) meses, yo no sé cómo trabaja el personal de salud en esas condiciones.

Quinta pregunta. Preguntan los secretarios distritales, municipales, cuáles son las mesas de trabajo, de reuniones permanentes, que permitan interactuar, que permitan articular, pregunta que también la hizo un colega. Y ya por último, sabemos que en Colombia hay talentos, hay personas emprendedoras, hay investigadores, gente estudiosa y también aquí en Antioquia, no sé si será el mismo al que se refiere mi colega Bonilla, me dicen que estos investigadores se dieron a la tarea de tener ya hecho, construido, un respirador mecánico que, inclusive uno sólo, le puede hacer una atención a veinte (20) pacientes a la vez, la pregunta es, estos investigadores ¿Qué oportunidad tienen de que el Gobierno, siendo supremamente objetivo les dé la oportunidad de mirar si es un equipo que realmente vale la pena? Porque, sin duda alguna, el costo / beneficio es supremamente ventajosa para nosotros ¿Cuál es el trámite? señor Presidente, muchas gracias.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Representante Nidia le agradezco mucho; faltan todavía cinco compañeros por intervenir, necesariamente faltando mínimo cinco minutos para las tres (2:55 p.m.) tenemos que suspender la reunión, porque abren el registro de la Plenaria, se han suscitado unos interrogantes muy importantes que tenemos que dar el suficiente espacio para que lo respondan las personas que nos acompañan en la sesión. Elizabeth iba a decir algo.

Tiene uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Sí, Presidente, quería mencionarle y anunciarle que ya se van a concretar las cuatro (4) horas, para que, por favor, para la sesión permanente a las 2:00, a las 2:15, se completan las cuatro (4) horas, para declarar la sesión permanente, Presidente por favor.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Bueno, vamos a escuchar a las personas que faltan les pido, por favor, que siempre pasa esto, no sólo en la Plenaria y en las comisiones, que tenemos que reducir el tiempo al final, que se suscriban, por favor, a las preguntas, yo creo que somos capaces de no hacerle un preámbulo tan grande a las preguntas, sino simplemente preguntar, porque ya nos han explicado a cabalidad. Entonces, vamos con el representante Edwin Valdés, seguidamente el

representante Óscar Darío Pérez, Jhon Jairo Berrío, Carlos Alberto Carreño, el médico Zabaraín y cierra Salím Villamil.

Interviene la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera.

Presidente, que pena interrumpirle, el doctor Gustavo Puentes también pidió la palabra.

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Perfecto, entonces muy concreto, por favor, porque nos vamos a perder de lo mejor, que van a ser las respuestas que, con mucha voluntad, quieren nuestros invitados responder. Representante Edwin.

Toma el uso de la palabra el honorable Representante Edwin Alberto Valdés Rodríguez:

Gracias Presidente y cordial saludo rápido a los Viceministros, la Directora del Instituto Nacional y al Superintendente. Son cinco preguntas sencillas y sé que he repetido, en algún momento, pero son casos particulares en cada una de nuestras regiones. Dejar claro el tema acá que es la inquietud que han manifestado muchísimo desde el sector salud, que es el tema, vuelve a los elementos de protección, que vale la pena que dejemos claridad en el tema de las IPS, las ARL o en qué punto también las gobernaciones con la facultad que se ha dado con el Decreto 513, pueden apoyar a mitigar esta situación que se requiere de estos elementos de protección para los trabajadores del sector salud, primordialmente y debidamente, cada uno lo hará en los trabajos que van a requerir presencia en ese caso.

Otro tipo y otra pregunta, es el caso de los ventiladores porque se ha especulado bastante sobre esa situación y queremos saber es ¿Cuántos realmente son? ¿A qué regiones van a llegar? y ¿Cuándo van a llegar? cuando hablo a qué regiones, de pronto voy a algo que decía la representante Nidia, en el tema de los municipios de primer nivel. En el caso de Caquetá que son cuatrocientos ochenta mil (480,000) habitantes, que sólo hay un hospital de segundo nivel y es público, pues, diríamos qué pasaría con un hospital como el de San Vicente del Caguán, que abarca más de ochenta mil (80,000) personas o el de Cartagena del Chaira que abarca más de cuarenta y cinco mil (45.000) personas y así sean municipios de primer nivel, tienen contacto directamente San Vicente con Neiva Huila, con parte del Meta y con Florencia. En algún momento, que haya una crisis en el tema de salud ¿Cómo podrían operar si tienen la capacidad? o si ellos deben recibir esos ventiladores, o si va a tener cobertura esta población o esos hospitales de primer nivel.

Otra pregunta, estaría destinada yo creo que, con el Superintendente, que lo he molestado bastante, es con el caso de las clínicas SaludCoop, dice que de las ocho (8) que estaban, se han entregado seis (6); hablaba el caso de la clínica SaludCoop en la ciudad de Florencia. Hace algunos meses, nos reunimos en la casa de Nariño con el Presidente Iván Duque,

igual con el gobernador del Caquetá, donde se manifestaba un interés de apoyar en construir una torre nueva para el Hospital María Inmaculada por valor de setenta mil (70.000) millones de pesos; y yo digo, si está la oportunidad en este momento de entregarse esa clínica, estamos ahorrando unos recursos grandísimos en infraestructura y más bien, coger esos recursos que estarían destinados a la infraestructura adicionales, para la dotación e implementación de todo el sistema de crisis que estamos viviendo por el Covid 19, o lo que se venga en el sector salud. Pero me queda la duda ¿Es la Gobernación del Caquetá la que no ha querido firmar ese contrato, ese convenio? acepta recibir esa crítica, señor Superintendente, o qué tenemos que hacer nosotros, o cuál es la dificultad para tener claridad con el caso de la Clínica en Florencia, porque hay mucha especulación, frente a eso, además de que hay muchos intereses particulares, pero se requiere que sea destinada claramente para apoyar la salud, en estos momentos, en el departamento del Caquetá.

Y otro tema importante, es la agilidad en las pruebas como todos lo han manifestado, en el caso nuestro, de nuestra región, son pruebas que se demoran más de diez (10) días en retornar con el resultado, y creo que vale la pena y no estamos tan lejos, estamos a unos quinientos (500), seiscientos (600) kilómetros de Bogotá, pero igualmente, son diez (10) días para un resultado de una prueba, creo que deberíamos de agilizar, ya que también el departamento cuenta con contagiados en este momento. Y por último, ese ha sido mucho el conocer el desagregado por departamento de los recursos que le fueron girados a la EPS, ¿Cuánto de esos recursos que realmente le están girando ellos a los hospitales públicos? y ojalá por departamentos conozcamos cuanto giramos, para que podamos tener claridad en el pago que se adeuda a los trabajadores de la salud, que son muchísimos de cuatro (4), cinco (5) y seis (6) meses; y siempre todo el mundo termina diciendo: si el Gobierno tiene unas medidas y unas políticas muy buenas, muy claras, pero cuándo se ve el resultado o dónde se están quedando, digamos, los recursos porque al final no hay un resultados claro; que es, el que queremos ver que lleguen recursos y se pueda solucionar el caso del pago de los trabajadores de la salud. Es eso, señor Presidente y agradecerles a todos por su espacio.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias representante Edwin. A los representantes Óscar Darío Pérez, Jhon Jairo Berrío seguidamente Carlos Alberto Carreño les pido, por favor, que no repitamos preguntas para que agilicemos el tiempo.

Hace uso de la palabra el honorable representante Óscar Darío Pérez Pineda.

Muchas gracias, señor Presidente, muy brevemente. Aquí ha habido algunas afirmaciones, primero que todo felicito a todos los tres (3) funcionarios del Gobierno, maravillosas presentaciones, a mí, al menos, me dejaron muy

satisfecho; no quiere decir que no deba haber preguntas ¡claro que sí, las deberá haber! por aquí hubo algunas afirmaciones de que todas las EPS son malas ¡yo no creo! hay EPS muy buenas y yo creo que Susalud es un ejemplo de una EPS muy buena, Sanitas es otro ejemplo para no seguir adelante. Claro que también hay unas muy malas y ahí es donde el señor Superintendente de Salud está actuando muy bien, cerrando las malas, siga en esa tarea.

Lo segundo, los giros directos a los hospitales, maravilloso, totalmente de acuerdo; pero el hecho de que haya giros directos, no quiere decir que no haya auditoría. A mí me da mucho miedo todavía, como se manejan muchos hospitales, sobre todos públicos en Colombia, que giros directos sí, pero auditoría absolutamente milimétrica. Tercero, el tema de las pruebas, la doctora Martha me ha dejado muy satisfecho, algunos ponen en duda que, por el retraso, que por el tiempo que se demora, todo pongámoslo en duda; hay un indicador que no se puede poner en duda, que es el número de fallecidos por cada millón de habitantes. Y en esa materia, que eso si no es especulativo, ni objeto de modelos matemáticos, se demuestra que Colombia va muy bien, gracias a la gestión de todos estos funcionarios a los que yo realmente les reconozco.

El tema que sigue, respiradores, muchos proyectos de respiradores hay en Colombia, el único que ha pedido pruebas en humanos, es un proyecto de respirador de la Universidad de Antioquia y todavía no se lo han aprobado, porque los requisitos para esos son profundos y difíciles, no olvidemos que esos requisitos tienen unos estándares internacionales que se deben respetar, porque no se trata, ni más ni menos, que de la salud y la vida de las personas. Así, qué bueno que haya muchos proyectos, pero quiero comentarles esto a título de comentario.

Y finalmente, el cargo por disponibilidad ¡claro! hoy las clínicas y los hospitales tienen una menor demanda, entonces, por lo tanto, se han reducido sus servicios y sus facturaciones; debemos alimentar esos recursos a los hospitales y clínicas públicos y privados que pueden salir de muchas fuentes: de la UPC, que no se la están gastando todas las EPS porque ha disminuido la accidentalidad y la utilización de los recursos de la salud; del SOAT, hay menos accidentes, por lo tanto, hay unos recursos también excedentarios y también de los recursos que el sistema general le traslada a los hospitales y a las clínicas o a las IPS en general, del Sistema General de Salud. Entonces, de ahí podríamos coger las partidas para que los hospitales y las clínicas se mantengan abiertas, no pueden cerrar pabellones, que tal que cerremos camas, en el momento más necesario de la pandemia, es lo que se llama cargo por disponibilidad. Muchas gracias, señor Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Óscar Darío Pérez. El representante Jhon Jairo Berrío, seguidamente el

representante Carlos Alberto Carreño. Les pido por favor, no explicar lo que ya se ha explicado exclusivamente.

Interviene el honorable Representante Gustavo Hernán Puentes Díaz:

Presidente, si me permite una interpelación pequeña.

Continúa con el uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí Gustavo.

Hace uso de la palabra el honorable Representante Gustavo Hernán Puentes Díaz:

Presidente, es que quería decirle algo, como el tema que vamos a tratar en plenaria es exactamente el mismo que estamos tratando en Comisión, yo había pedido el uso de la palabra desde hace rato, pero entiendo que usted tiene ahí su problema para ordenarnos a todos, yo retiro mi solicitud de uso de la palabra y dejo los temitas que tengo pendiente para tratarlos ahora en la plenaria; mil gracias Presidente, para que haya respuesta.

Interviene el honorable Representante Christian José Moreno Villamizar:

Presidente, perdón que lo interrumpa, yo también lo aplazo para la plenaria y allá expondré mis inquietudes para que haya más a celeridad en la Comisión, ya para el tema de las respuestas.

Interviene la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Presidente, se me olvidaba, el doctor Armando Zabaraín está pidiendo la palabra, también, Ok Presidente.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

El representante Jhon Jairo Berrío, el representante Carreño, el representante Zabaraín. Representante Jhon Jairo Berrío, solo le pido el favor, que pena, las inquietudes, no hagamos explicación de lo que ya tanto hemos explicado. El representante Carlos Alberto, entonces Elizabeth, representante Carlos Alberto Carreño.

Hace uso de la palabra la señora Secretaría General de la Comisión tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Doctor Carreño.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Representante Carreño.

Tiene el uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

No está, al parecer en el momento en el chat, doctor.

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

El representante Armando Zabaraín.

Hace uso de la palabra el honorable Representante Armando Antonio Zabaraín D'Arce:

Gracias Presidente: Sí, había pedido la palabra muy temprano, pero hubo algún inconveniente y no aparecía registrado; pero bueno, ya eso se superó. Primero, a la doctora Martha, felicitarla, una exposición muy buena, la conocemos hace mucho rato desde cuando estaba en el Ministerio de Salud y ahora continúa en el Instituto. También el señor Viceministro Moscoso, a quién conocemos en Barranquilla perfectamente, una persona que transformó el Sistema de Salud e hizo de Barranquilla un modelo referente en salud. El doctor, el señor Superintendente, un dinámico funcionario que está trabajando muy bien por lo más difícil que tiene el país, que es el Sistema de Salud. Pero aquí decirle, por ejemplo, en el tema de la doctora Martha para ser rápido, ella hizo un estudio que lo presentó hace unos días, donde mostraba que ciento cincuenta y ocho (158) personas que laboran en salud, habían sido infectados por el virus, de estos ciento cincuenta y ocho (158), doce (12) se contagiaron en la comunidad, o sea, no en los hospitales, ni en los centros de atención; veintinueve (29) fueron importados y tres (3) o cuatro (4) fallecidos.

Esto muestra que hay un número importante de personas trabajadores de la salud que aparecerían como no infectados, en atención a pacientes; a mí me llama la atención porque yo veo que, de una manera reactiva, salen los directivos de las Instituciones en Salud a hablar que el paciente, o mejor, el trabajador de la salud no ha sido infectado allí. Yo quiero que la doctora Martha, pues, le dedique más acuciosamente para no declarar a un trabajador de la salud como que no se infectó en los centros de atención; yo creo que, en eso hay que ser muy cuidadoso, es posible que alguno, lógicamente no, pero en general que es muy difícil que no haya sido en los centros de atención; pero bueno, hay temas que no voy a mencionar, ya el laboratorio. Preguntarle a la doctora Martha ¿Cuántas pruebas diarias está en capacidad de hacerse en el país? no sigo profundizando en el tema.

Con respecto a las EPS, hoy la UPC, la reciben casi que completa, no la afecta en nada, porque los pacientes programados, están suspendidos, no se están haciendo procedimientos, no se están haciendo consultas, los temas que dicen que telemedicina, mire en telemedicina, los pacientes no tienen ni un computador, a veces, en algunos casos los subsidiados para poder hacer ese tipo de atención. Pero entonces ellos no están gastando recursos en esto, por lo tanto, deberían invertir más en lo que es la protección de los funcionarios de salud, que es lo que nos preocupa. Pero me quiero detener en un solo punto para finalizar, y ese punto sí va para el Superintendente, para los dos Viceministros, para la

doctora Martha, en general y es que sí me gustaría que le hicieran saber, al señor Presidente de la República, que le corresponde hacer una regulación de precios en los temas de protección a la salud, hoy los tapabocas, los guantes, todo el material de bioseguridad ¡están disparados los precios! Pero entonces, nosotros le exigimos al Superintendente de Industria y Comercio y le decimos que tiene que entrar a meter en cintura a estos y resulta que el Superintendente no tiene la herramienta, está amarrado de manos y pies porque no hay un precio recurrente para el poder actuar.

Entonces, pedirle muy respetuosamente al señor Viceministro y al Señor Superintendente, que le transmitan esto al señor Presidente de la República, hay que regular los precios de estos elementos tan importantes, que hoy están especulando. Es un punto dramático, ustedes lo están sintiendo con toda seguridad y con sólo hacer eso, podemos poner a que la Superintendencia de Industria y Comercio funcione y haga lo que le corresponde de la mejor manera. Muchas gracias, señor Presidente.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Armando. Señora Secretaria, pongamos en consideración, sabemos que por unanimidad se va a aprobar, que dejen el voto consignado en el WhatsApp las personas; igual tenemos, según lo dice el registro, tenemos un quórum decisorio, pongamos a consideración la sesión permanente, señora Secretaria.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Presidente, póngala en consideración, dejaré registrado lo que usted me está diciendo Presidente.

Interviene nuevamente el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

No, hagamos lo que sea, no lo que yo diga, Elizabeth, sino lo que sea, a esta hora no vamos a enredarnos nosotros, pongo en consideración la sesión permanente, quiere la Comisión Tercera estar en sesión permanente.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Me toca llamar a lista, señor Presidente.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Llamemos a lista señora Secretaria.

Tiene el uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Por el Sí, aprobando la Sesión permanente para la Sesión formal virtual del día martes 21 de abril de 2020.

Votaron los siguientes honorables representantes:

Amar Sepúlveda José Gabriel
 Arroyave Rivas Fabio Fernando
 Betancourt Pérez Bayardo Gilberto
 Bonilla Soto Carlos Julio
 Cabrales Baquero Enrique
 Carrasquilla Torres Silvio José
 Carreño Marín Carlos Alberto
 Carrillo Mendoza Wilmer Ramiro
 Celis Vergel Juan Pablo
 González Duarte Kelyn Johana
 López Morales Nubia
 Manzur Imbett Wadith Alberto
 Miranda Peña Katherine
 Moreno Villamizar Christian José
 Ortiz Joya Víctor Manuel
 Osorio Salgado Nidia Marcela
 Pérez Pineda Óscar Darío
 Piedrahíta Lyons Sara Elena
 Puentes Díaz Gustavo Hernán
 Racero Mayorca David Ricardo
 Rico Rico Néstor Leonardo
 Roldán Avendaño John Jairo
 Valdés Rodríguez Edwin Alberto
 Villamíl Quessep Salím.

En total votaron veinticuatro (24) honorables representantes.

Señor Presidente, han votado veinticuatro (24) honorables representantes, la declaratoria de Sesión permanente de la fecha, ha sido aprobada.

Hace el uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Gracias Elizabeth, muy amable. Vamos entonces a darle un espacio de tres (3) minutos al representante Carlos Alberto Carreño, que había tenido problema con su sistema; y prácticamente los treinta (30) minutos siguientes para que intervengan los citados. Carlos Alberto Carreño, tres (3) minutos por favor.

Uso de la palabra del honorable Representante Carlos Alberto Carreño Marín:

Gracias, señor Presidente, muy concreto para atender su llamado. Básicamente unas preguntas para el señor Superintendente, la Contraloría General de la Nación ha hecho un llamado de acción por la falta de suministros oportunos, de elementos de protección personal, cosa que por supuesto pone a los trabajadores de la salud en serio riesgo de contagio y de muerte por el Coronavirus. La pregunta concreta es ¿Qué ha hecho la Superintendencia en ese sentido? en torno a ese llamado que hace la Contraloría; y lo otro, señor Superintendente, es ¿Qué mecanismos reales, concretos, tiene la Superintendencia para

actuar y sancionar a las EPS que no atienden a los pacientes y que no entregan medicamentos? y que de alguna manera, se han conectado de la atención de esta situación o que por lo menos, no han tomado las medidas correspondientes para garantizar que esa estrategia que ustedes han explicado, realmente se puedan desarrollar de manera eficiente ¿Qué estrategia tiene la Superintendencia y el Ministerio de Salud para proteger a las personas que no tienen ninguna cobertura en salud? porque no es cierto, en la práctica, que todos los colombianos estemos asegurados y que lleguen a presentar síntomas de Coronavirus. Esa sería, digamos, un poco, como en esencia las inquietudes que tendríamos para tratar de que sean solucionadas.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Representante Carreño, le agradezco por el uso eficiente del tiempo, muy amable. Veinte (20) segundos el representante Fabio y terminamos aquí las intervenciones de los congresistas miembro de la Comisión Tercera.

Hace uso de la palabra el honorable Representante Fabio Fernando Arroyave Rivas:

Presidente, gracias, muy concreto, saludos a todos. Superintendente hay una denuncia, que incluso algunos Secretarios de Salud, que las EPS con los recursos que se están enviando por parte de ustedes, para ponerse al tanto con las IPS, están pidiéndole a muchos hospitales que, para ese pago les den descuentos en las facturas e incluso estamos hablando que se les pide descuento del 5% o el 10%. Es muy importante que, en comunicación ojalá oficial de ustedes, puedan con los hospitales y las IPS, manifestar, qué considero yo, que esa es una conducta ilegítima, porque si ustedes le están entregando los recursos para ponerse al día, no es posible que ellos para ganarse una plata le estén pidiendo que, para pagarle a la IPS, le tienen que descontar el 5%, el 10% de las facturas. Yo ahora, voy a tratar de conseguir el nombre de una EPS en concreto, que lo está haciendo, porque eso lo denunció la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca; y yo sí considero, que eso es una acción y actuación inaudita. Gracias Presidente.

Tiene la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Fabio. Vamos entonces a darle el uso de la palabra, yo creo que, pues, habla primero el Viceministerio, habla la Directora...

Hace uso de la palabra el honorable Representante Armando Antonio Zabaraín D'Arce.

Presidente, cuando la votación, no pude votar, porque se me había caído el internet, pero ya regresé.

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Hay que dejar esa constancia, Elizabeth, de que el doctor Armando Zabaraín, ha estado presente desde

el inicio de la Sesión y en el momento de votar, pero ya está presente, igual intervino y ha estado en las otras votaciones.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Listo, Presidente.

Interviene el honorable Representante Jhon Jairo Berrío López:

La misma constancia dejo yo, señor Presidente, por favor.

Interviene el honorable Representante Erasmo Elías Zuleta Bechara:

Igual yo Presidente, Erasmo Zuleta.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Erasmo Zuleta también. Bueno, yo antes de darle la palabra a los miembros del Gobierno, al señor Superintendente. Toca pedirles disculpas a los compañeros porque hoy me enredé yo un poquito, con el uso de la palabra, pero yo creo que todos tuvieron la oportunidad de hacer su exposición y en general, pues, el sentir de la Comisión es ésta. Señores Viceministros, señora Directora...

Interviene el honorable Representante Yamil Hernando Arana Padaui:

Presidente.

Nuevamente Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí, representante Yamil.

Hace uso de la palabra el honorable Representante Yamil Hernando Arana Padaui:

Presidente, es que, en la votación, estaba almorzando hasta ahora y no alcancé a votar lo de la sesión permanente, entonces para decirle a la doctora Elizabeth...

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Deje esa constancia Elizabeth, que el doctor Yamil Arana estaba almorzando y no pudo votar. Entonces, les reitero el agradecimiento al señor Superintendente, a la señora Directora del Instituto Nacional de Salud; como ven estuvo tan interesante la exposición como las intervenciones de los miembros de la Comisión Tercera.

Entonces, tenemos treinta (30) minuticos para aprovecharlos muy bien, yo creo que, el señor Superintendente tiene la mayor parte de las inquietudes para solucionar; entonces, le ruego que estemos unos cinco (5) minuticos, los Viceministros, los que consideren, la señora Viceministra cinco (5) minutos, diez (10) minutos la Directora del Instituto Nacional de Salud y cierra el señor Superintendente ya que hemos notado que para él son la mayoría de las inquietudes por la importancia que ejerce hoy la Superintendencia, en el tema de control de todo lo

que pueda estar sucediendo y requiere la intervención del señor Superintendente. Entonces, señor Viceministro, señora Viceministra, tienen el uso de la palabra por un lapso de tiempo muy moderado para que, en treinta (30) minutos, saquemos este debate tan importante. Señora Viceministra, señor Viceministro.

Tiene el uso de la palabra el honorable Representante Christian Munir Garcés Aljure:

Presidente, para informar que ya me reincorpore de nuevo a la Comisión, gracias.

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Que quede esa constancia doctora Elizabeth, que, por un momento muy corto, se había ausentado el representante Christian Garcés. Doctora Martha Lucía, ¿Está usted con nosotros?

Hace uso de la palabra la Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina:

Sí, aquí estoy.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Bueno, entonces tiene el uso de la palabra para las inquietudes que tienen que ver con su dependencia y que pena decirlo, pero tenemos alrededor de cinco (5) minutos únicamente, muy amable.

Hace uso de la palabra la Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina:

Claramente, les agradezco mucho las inquietudes, me preocupan mucho, me muestra, además que hay una desinformación, pero es una oportunidad muy útil para mí, para poder aclarar. Primero, quiero hablarles, porque me preguntan claramente del retraso en las pruebas, quiero que conozcan todos de primera mano y vean con sus propios ojos, algo que se llama el aplicativo SisMuestras. SisMuestras es la aplicación que se hizo, para que todos pudieran, todas las entidades del territorio, todos los laboratorios, pudieran cargar sus propios resultados ¡ahí pueden verlo! Esos son, todas las pruebas que en Colombia se han realizado y todo lo que está en procesamiento. Como pueden ver, hay dos mil quinientas (2.500) pruebas en procesamiento en el Laboratorio Distrital de Bogotá, las demás pruebas no pasan de seiscientos (600), son pruebas al día, digamos corrientes, que están llegando de los diferentes territorios. Esto, se puede consultar diariamente, esto son datos abiertos y aclaran en gran medida, mucho de lo que yo también he oído, de que hay represa o algo así, no la hay en el Instituto Nacional de Salud; quiero dejar claro que hay cuarenta (40) laboratorios leyendo pruebas y algunos tienen tiempos diferentes.

También, para los que dicen que se demoran quince (15) días ¡esto no es cierto! Nosotros tuvimos dos (2) semanas de una enorme represa de cinco (5) días; yo lo hablé en muchísimos medios, eso fue una

gran angustia para nosotros, pusimos en una de las áreas del Instituto unas camas para que los virólogos se quedaron a dormir y durmieran por turnos de tres (3) horas, sacamos esa represa para Colombia adelante, no tenemos una cola y eso es algo bien importante. Las muestras corrientes se demoran en llegar y quiero hacerles unas recomendaciones y un pedido más como colombiana, el transporte de muestras en Colombia no es tema rápido, tenemos una enorme colaboración de la patrulla aérea, por ejemplo; pero no hay que sumar los tiempos de transporte al tiempo en el que están dentro del Instituto Nacional de salud. Sacaré un informe en próximos días para ponerlos también, entonces en datos públicos porque un poco contrario a lo que alguno me dijo, los datos del Instituto Nacional de Salud son considerados unos de los mejores en la región. Los datos públicos del Instituto son conocidos, son unos datos serios y bien validados y sacaré lo del tiempo. En este momento, una muestra que llega a la central de muestra y es registrada mediante código de barras, se demora veinticuatro (24) horas dentro del Instituto Nacional de Salud, treinta y seis (36) cuando debe ser repetida por un proceso técnico.

Cuando me preguntaron o me dijeron, que había sido negligente por no comprar reactivos de extracción antes, quiero dejar muy en claro que, desde el primer día, desde el primer día antes de que llegaran casos, de que empezamos a hacer diagnósticos, empezamos a conseguir más reactivo de extracción de RNA; hemos tenido cinco (5) proveedores que no han podido cumplir, no quiero decir incumplimiento, no han podido, no han logrado cumplir con entregas porque en el mundo no hay disponibilidad. Hemos seguido una tarea diaria, una tarea que es muy ardua, encontrando hasta en los países más lejanos y eso es, lo que hemos ido trayendo para Colombia. Cuando digo que el jueves llegan, lo digo la mitad con satisfacción, con un poquito de descanso porque he estado muy angustiada con el tema y también con un poco de preocupación, de que no se cumpla ¡espero que así sea! todo el trato está hecho y con eso vamos a aliviar no solamente la operación del Instituto, sino de muchos laboratorios departamentales y laboratorios adjuntos que, en tiempos regulares, no serían, no tendrían por qué ser abastecidos por el Instituto.

Sobre Nariño, de manera particular, en el que dicen que: nos ruega el apoyo; se lo hemos dado todo señor representante, con Paola Rocero yo hablo, yo creo que todos los días. Nosotros estuvimos presentes, el domingo cuando le llegó la campana de VCL2 que les hacía falta, nosotros les prestamos los primeros reactivos para que pudieran correr las muestras, nosotros le volvimos a mandar los controles positivos. En este momento, tienen ustedes en Nariño además de laboratorio departamental de salud pública, al hospital San Pedro y al laboratorio Clinizad; también sugiero que Nariño, tenga más laboratorios adscritos, aumente la red de diagnóstico para que tenga más capacidad ¡ahí! en el punto

directo y no tenga que mandar pruebas fuera de Nariño.

También, me llamó la atención cuando dicen: que al Instituto han llamado y dicen que no tome muestras. Quiero aclarar que el Instituto Nacional de Salud, no tiene la función y no lo hace, de aconsejar toma o no toma de muestras. Sí conozco casos como ese y quiero ser clara, y el Viceministro lo sabe, porque se lo he comentado. El Centro Nacional de enlace pertenece al Ministerio de Salud, que es el lugar donde algunos departamentos llaman a consultar algunos casos; no ha habido restricción en Colombia para la toma de muestras. Si soy clara, nosotros hemos sido un país que hemos tenido, como los últimos países en llegar, que luchar y conseguir por reactivos de extracción; los reactivos de extracción han sido, sin duda, nuestro mayor obstáculo. Sin embargo, paralelamente hemos crecido en la capacidad diagnóstica; en ese momento, todos los adscritos tienen una capacidad de hacer diecisiete mil (17.000) pruebas al día, pero faltaba que tuvieran todos esos volúmenes de reactivos, pues eso fue, los que conseguimos.

Cuando me preguntan del plan de muestra, ese es el plan de muestras, hacer diecisiete mil (17.000) muestras al día, esa es la meta que tenemos para Colombia y hemos sumado todas las partes del rompecabezas necesarias para hacerla. Todos queremos tener un muestreo amplio, quiero también aclararle un punto, nunca ha estado restringido que un municipio por pequeño que sea tomé muestras; sí preocupa, que algunos municipios, sin embargo, no han mandado nunca muestras. Es importante y esperamos con éste envío, que viene de muchas muestras, de muchos reactivos entrando, se tomen muestras ampliamente y se haga como les comenté en mi presentación el muestreo municipal, con unos números exactos que le dimos como mínimo ¡ajo! que el número de muestras que se está pidiendo por municipios, no es el techo, sino el piso; son las mínimas que deben tomar en un municipio para poder asegurar, si tienen o no tienen casos.

Ha habido en la entidad territorial ¡tengo aquí! otra pregunta en el que me dicen que en la entidad territorial hay demoras en la entrega y creo que con esto cierro, por el tiempo. Hemos identificado muchos departamentos, los departamentos lo saben porque yo he hablado personalmente con casi todos los Secretarios de Salud, que han tenido demoras en entrega de resultados. La entrega de resultados a las IPS, EPS y personas (pacientes) es una responsabilidad de la Secretaría de Salud del departamento y la entrega pues al municipio. Hemos encontrado y en estos días, me pasó con alguno de ustedes, me habló ahorita de un departamento y esto estos días, encontramos un gran número de pruebas entregadas que no habían sido entregadas, ni siquiera había sido bajado el archivo por parte de ese laboratorio. Por eso, creo que Sismuestras, que es esa hoja que les mostré, Sismuestras es la solución, ahí todos los laboratorios cargan todo lo que hacen y todas las Secretaría de Salud, descargan directamente la información.

Si me pregunta de represa, entonces les digo: en el Instituto no existe represa, tenemos las muestras corrientes, es decir, las que llegaron ayer y anteayer; y el laboratorio distrital de Bogotá tiene una represa sí, que está aclarando y terminando de sacar en estos días. Como país hemos hecho una tarea que es ardua y tenemos la meta, y entiendo a cada uno de ustedes de poder aumentar el número de pruebas, esperemos que lo logremos de esta manera diecisiete mil (17.000) al día y esos nos pondría rápidamente en la cabeza de la región. Y contesto una pregunta que me hicieron ¿Cómo Chile ha podido? les voy a decir como Chile ha podido; Chile hace una práctica que se llama “pulin”, Chile mete cinco (5) muestras en una misma PCR, creo que eso no es tan desconocido, también lo publicó hace poco el exministro Mauricio Cárdenas y esa práctica hace que en cada PCR vayan cinco (5) muestras, tiene de bueno, tiene de malo, pero esa es la manera en que otro país, en cada prueba corre cinco (5). Muchas gracias.

Tiene el uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño.

Doctora Martha Lucía a usted le agradecemos mucho, pues vamos a esperar para despedirla ahorita oficialmente. Le queremos pedir un favor doctora Martha Lucía, si puede en el chat de esta sesión, en el chat de la aplicación nos regale un contacto, no sé si el suyo ¡sería muy bueno! sí se puede, para que algún miembro de la Comisión que tenga alguna inquietud en su región, algún tema directo con las Secretarías de Educación o con los señores alcaldes, podemos con su permiso, señora Directora, molestarla, le pido ese favor.

Interviene la señora Directora del Instituto Nacional de Salud, doctora Martha Lucía Ospina:

Claro que sí.

Nuevamente tiene el uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño.

Gracias muy amable. El señor Viceministro que lo vimos por ahí, también le vamos a pedir el favor al señor Viceministro de que nos deje su contacto, aunque el representante José Gabriel Amar dice que cualquier cosa la podemos evidenciar a través de él ¡pero no! usted nos deja el contacto y tenemos a José Gabriel ahí, por si alguna cosa. Señor Viceministro tiene el uso de la palabra por cinco (5) minutos para alguna de las intervenciones que tengan que ver con su Cartera y su tema misional, señor Viceministro.

Toma el uso de la palabra el señor Viceministro de Salud, doctor Luis Alexander Moscoso Osorio:

Muchas gracias a todos los honorables representantes, la verdad es que todas las intervenciones nos sirvieron aportes muy importantes para las definiciones y para ahondar y profundizar sobre algunos temas. Muchas gracias, señor Presidente, doctor Roldán, la verdad su gentileza, mucha salud y recuerdo al doctor Zabarain; y yo sé,

que me pidieron hacer una a título personal, pero como hubo tema repetitivo, quiero solamente por el tema de cortesía a la doctora Katherine Miranda y a la doctora Sara Piedrahíta y a todos los demás, el conjunto de señores representantes, comentarles voy a hacer muy corto, un tema repetitivo de la UCI realidad, recuerden que por un lado, nos estaban informando que las entidades estaban facturando el 30%, el 20%, el 15%, 40% de los valores que hacen rutinariamente, claro esas son las entidades que tienen ocupaciones en su unidad de cuidados intensivos, muy probablemente inferior a cincuenta (50), cuarenta (40), algunas tenemos evidencia una a una, que están en un tema menor, pero también, tenemos información como el representante de Córdoba, que efectivamente hay hospitales y hay clínicas que tienen una ocupación mayor, cuando yo hablo del 50%, hablo de los temas promedios entre todas las unidades de cuidado intensivo y también, hablamos de un tema, es que todavía no sean desocupado, porque hay territorios que siguen hospitalizando y haciendo atenciones que deben regularse; pero pues esto, no nos inquieta en la medida en que, tenemos en este momento una baja demanda, pero tenemos que seguir depurando y trabajando.

Igualmente, estamos trabajando muy fuertemente para la consecución de ventiladores, desafortunadamente los tiempos que nos da el mercado mundial, no podemos anticiparlos ¡nos gustaría! estamos siguiendo, intentado y dentro de ese proceso, le estamos dando una ventanita a los ventiladores nacionales, el tema comentado, repetitivamente tanto para el Cauca, Antioquia, Caldas, Bogotá, la invitación nuestra es: preséntelo ante el Invima y logren las pruebas. Por favor, lo más rápido posible e infórmenos la capacidad de producción porque definitivamente por precio y por producción nacional, hay que tomar lo propio y estamos en toda la disposición; pero tampoco, podemos quedarnos esperando porque los pacientes van a llegar y van a venir, tenemos que estar preparados.

Sobre una pregunta, sobre el tema de nóminas, vamos a hacer una inversión, estamos trabajando muy fuertemente con el Ministerio de Hacienda y estamos pidiendo la cofinanciación y el aporte de los departamentos, porque queremos saldar las nóminas de las personas, las nóminas de los trabajadores de los hospitales, pero también la nómina de los contratistas profesionales de la salud. En eso estamos, estamos trabajando muy fuertemente sobre el tema de protección para el personal de la salud, aparte de los elementos de bioprotección que ustedes saben que hemos venido trabajando, con todo lo que conversamos; sabemos que no hemos llegado al momento ideal, seguimos trabajando y ahí le pedimos el apoyo tanto al Superintendente, como a todas las entidades para que seamos un poquito más, más fuertes con los que no lo hacen, pero hemos venido con unas mejoras importantes.

El tema de cuarentena ¿Qué nos espera después de la cuarentena? con esta, seguimos en cuarentena

después del 11, o después del 27, nos esperan dos sectores nuevos, están calculados, las gráficas permiten que si hacemos todos los protocolos y hacemos todos los temas de distanciamiento social, esperamos no tener un incremento significativo; como lo dijo la doctora Martha, la tasa de reproducción máxima que podemos llegar es antes de 1 o 2, si llegamos a 1 o 2 y vemos que la situación empeora; igualmente, que si vemos que los servicios de transporte masivo, están congestionado o encontramos aglomeraciones, pues nos tocará devolvernos y de pronto generar una cuarentena mucho mayor, pero esto requiere monitoreo.

Sobre el tema de regulación de precios, ya iniciamos control de precios, que es el primer aspecto, ya el DANE en la próxima medición, va a sacar ¿Cómo están todos estos elementos-insumos del sector salud? ¿Cómo están los diferentes mercados? Eso, nos va a permitir conocer en las diferentes regiones como primer paso para una regulación de precios, que entendemos tiene que ser la última opción, porque igual el mercado tiene que ajustarse y tiene que acomodarse, porque podemos disminuir los temas de oferta. El tema de centralización, la verdad lo hemos pensado y lo hemos mirado, pero no encontramos la forma operativa de repartir eficientemente, a tiempo, de forma segura, de calidad y que promueva la eficiencia en más de diecisiete mil (17.000) IPS, lógicamente este proceso centralizado para diecisiete mil (17,000) IPS, es un tema complejo pero si vamos a tener una reserva técnica, una reserva importante, para poder apoyar en los momentos de alta demanda en caso de escasez en alguno de los temas y no solamente en elementos de bioprotección, si no elementos como: medicamentos, insumos y otros temas.

Sobre el CRUE, Centro Regulador de Urgencias, esto no es una dinámica de la nación, esto es una dinámica de cada uno de los territorios, de los departamentos y de la ciudad de Medellín, también lo tiene; Ahí, es donde los usuarios llaman para pedir el tema de los contactos y donde aparentemente hemos tenido dificultades. Somos conscientes de esto, somos conscientes de que la capacidad de los territorios ha venido afectada, ha venido con dificultades, por eso acabamos de hacer una división y estamos distribuyendo unos recursos, una parte para laboratorio y otra para salud pública; que esperamos entre esta y la otra semana se hagan efectivos para lograr que los territorios tengan mejores recursos y puedan fortalecer y limitemos eso de que no me tomaron las muestras o no fueron a visitarme. Y estamos cambiando el protocolo para ver si damos una mayor participación a las empresas promotoras de salud, porque vamos a tener una mayor cantidad de muestreo, esto lo estamos trabajando con el Instituto.

Tenemos unas zonas donde efectivamente hemos tenido dificultad, Chocó bien conocido, en el día de ayer Amazonas, hoy Apartadó, hace semana y media San Andrés, hace cuatro (4) días La Guajira; todos temas neurálgicos que sabemos, conocemos y estamos trabajando todos los días para solucionar

cada uno de los procesos, cada uno de los problemas y cada una de las dificultades. Sobre el tema de tiempos, yo sé que a veces es fácil decirlo, pero nos demoramos tres (3), cuatro (4) días, una semana, en expedir los actos administrativos porque no es un proceso fácil, es un proceso que tenemos que determinar la política, establecerla; cuando usted nos pregunta, pues no nos queda razonable y adecuado no comentársela, pero si nos demoramos unos días, vamos a tomar atenta nota para ver ¿Cómo podemos solucionar? agradecemos a todos los comentarios. Muchas gracias.

Tiene la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted señor Viceministro, muchísimas gracias, a usted señora Viceministra, también a todo el Ministerio en pleno, saludos al Señor Ministro, que sabemos que igual que ustedes y todo el equipo, están trabajando 24/7 en este tema. Para terminar, señora Viceministra, ¿Quería decir algo?

Hace uso de la palabra la señora Viceministra de Protección Social, doctora María Andrea Godoy:

Señor presidente, sí. Básicamente dos puntos específicos en lo que coincidieron las diferentes intervenciones de los representantes, el tema básico de ¿Cómo le vamos a garantizar a las IPS ese ingreso que están dejando de percibir por la baja facturación que tienen? como les había comentado, estamos trabajando, aspiramos en el Ministerio que esta semana sale el acto administrativo, en el cual se contempla algo parecido a lo que se establece como por un cargo de disponibilidad o reconocimiento por la capacidad instalada, estamos en eso trabajando. El tema de flujo de recursos directos hacia las IPS, estamos también con la medida de canastas que van a ser giradas directamente a las IPS, obviamente como lo decía el representante Óscar Darío Pérez, con auditorías, pero vamos a hacer anticipos y demás figuras, para que esas auditorías no vayan a entorpecer el flujo de recursos. Y de la mano de la Superintendencia vamos a estar en todas estas normas, estamos haciendo explícito la vigilancia y el control que la Superintendencia tiene que tener en este flujo de recursos para garantizar que llegue a su destinatario final: los profesionales de la salud, los proveedores, los prestadores. De la mano estamos trabajando con la Superintendencia para que esto se pueda cumplir. Muchas gracias.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted señora Viceministra, señor Viceministro, muchísimas gracias. Señor Superintendente, señor Superintendente...

Hace uso de la palabra el señor Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

¿Cuántos minuticos tengo doctor?

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Tiene seis (6) minuticos señor Superintendente. Yo me abstuve de hablar por razones obvias de tiempo, pero que pena que le voy a dejar un tema específico, puede ser más del Ministerio, pero como lo dije al principio pocos sectores entre la interacción y la empatía que hay entre Superintendencia y Ministerio, el sector de salud nos da ejemplo. Hay una idea de pagarle a los trabajadores de salud directamente, los trabajadores de salud que hoy tienen problemas, pero yo creo, que tienen nóminas aplazadas. Hay que tener cuidado señor Superintendente, con la tercerización porque no se puede llamar a un empleado que está tercerizado a pagarle a él directamente, yo creo, que lo correcto es que, lo que están haciendo los representantes legales, reportar la deuda que tienen con la empresa que terceriza, más no individualmente, porque me imagino que se pueden meter en un lío con la tercerización; pero eso era simplemente un comentario. Señor Superintendente, yo creo que usted tiene una responsabilidad muy grande, no solo en lo misional, sino con las inquietudes de los compañeros, tenemos, que pena decirle así, cinco (5) minutos, señor Superintendente, muchas gracias.

Tiene el uso de la palabra el señor Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Muchas gracias, doctor John Jairo, voy a tratar de ser lo más veloz posible. Primero al doctor Erasmo, vamos a seguir presionando las ARL ¡tiene toda la razón! nosotros sabemos que esos son unos recursos que se necesitan. Yo les quiero ser honesto, yo no he visto la actitud de no querer responder de parte de las ARL, inicialmente fue más lo confundidos que los vimos, pero ya con ese cronograma y con la aceleración que están teniendo entre abril y mayo, probablemente van a llegar treinta (30) millones de equipos de elementos de protección personal a todo el sector, nos han hablado de que van a llegar diecinueve (19) millones en abril y el resto de los elementos de protección en mayo. Yo vuelvo y les ratifico que son veinticinco (25) mil millones de pesos, para una necesidad total de país probablemente de cuatrocientos (400) o quinientos (500) mil millones de pesos, para llegarle a ese millón de trabajadores de la salud que necesita los elementos de protección; por eso hay que presionar también a los empleadores que los recursos también les están llegando a ellos.

Y tener mucho cuidado porque lo que yo les explicaba la siniestralidad doctor Erasmo, es que ahora la pensión de invalidez, la incapacidad temporal o parcial, la pensión de sobrevivencia, los auxilios funerarios, los exámenes médicos, todo va a estar a cargo de las ARL; si por un lado, se les va a bajar la siniestralidad, por otro lado, en las prestaciones económicas probablemente se les va a subir, aquí lo que hay que hacer, es monitoreando para ver si podemos exigirles que aumenten esos recursos para el sector de la salud, lo cual lo podrían hacer

si nosotros monitoreamos o la Superintendencia Financiera, lo hace.

Doctor Bayardo, ¡Nariño para mí es una obsesión!, usted sabe que le vengo ayudando al hospital de Tumaco, vamos a poner veinte (20) camas nuevas de Unidad de Cuidados Intensivos, ese fue un hospital que se colocó a veinte (20) kilómetros, para evitar los temas de tsunami (sí, creo que era el de tsunami), el hospital lo hemos venido recuperando, de “Fonsal” le adjudicamos dos mil quinientos (2.500) millones, inicialmente tenía una deuda de diez mil quinientos (10.500), ya hemos pagado tres mil (3.000) adicionales. Los agentes interventores tienen su autonomía, yo no quisiera coadministrar con ellos, voy a averiguar ¿Qué pasó con el radiólogo? pero, yo le garantizo que puede haber una información equivocada ahí, porque yo no creo que él haya contratado un radiólogo de Bogotá, pero con mucho gusto voy a hacer la averiguación y voy a seguir empujando con el gobernador para que ese hospital este a máxima capacidad en el momento del pico y le hemos venido poniendo, mucho cuidado al hospital de Tumaco.

La doctora Katherine ya le respondieron sobre los temas de UCIS y ventiladores, hay que hacer es todos, el mismo esfuerzo para que ocupemos estas camas o tengamos la máxima capacidad en el momento del pico. Doctor John Jairo, yo no tenía un informe escrito, pero con mucho gusto se lo hago llegar, con el mayor gusto le hago un resumen de la exposición mía. Importante que entiendan esto, yo sé que ustedes tienen una fijación con el tema de la EPS, pero párenle bolas a lo que les voy a decir, cuando uno recibe cuatrocientos (400) hospitales públicos, en alto riesgo Financiero, no es porque las EPS no hayan pagado necesariamente; muchos de estos hospitales, se les han girado los recursos y yo los invito a que le hagamos esta evaluación también, a los hospitales públicos de cualquier nivel de atención ¿Cuánto recibieron? y en ¿Qué están invirtiendo la plata? ¿Qué hicieron con esos recursos? porque cuando uno va al territorio y ve que los indicadores de salud van para el piso, la sífilis congénita al piso, la ruta materno perinatal al piso, la mortalidad infantil a piso; y uno se pregunta, venga hospital y ¿Usted cuánto recibió? y uno ve que los recursos se los giraron a los hospitales. Recuerden que, en el 2008 recuperamos más de doscientos veinte (220) hospitales que le costaron al país cerca de creo que eran 2.2 billones de pesos y a los dos (2) años, muchos de estos hospitales ya habían caído en desgracia.

Tiene razón el doctor John Jairo con el tema de la facturación, como lo que explico con el San José, por eso como lo explicó la Viceministra, estamos tratando de que tengan unos recursos frescos, directos para que mantengan esta oferta sobre todos los hospitales de mediana y alta complejidad. Doctor John Jairo, nosotros, hemos identificado más de sesenta (60) modalidades de fraude o de malas prácticas y tenemos los ejemplos, el país para que una EPS se robe una plata, tiene que robársela con alguien y normalmente es con un facturador. Aquí,

tenemos problemas de IPS, tenemos problemas de usuarios que reclaman medicamentos que no necesitaban, tenemos entes territoriales que no han hecho su tarea; aquí, hay una responsabilidad colectiva histórica que tenemos que empezar a corregir doctor John Jairo ¡pero tiene razón! vamos a estar muy atentos a que los recursos lleguen y sobre todo a estos hospitales.

El doctor Juan Pablo Celis, un poco lo mismo, me dice: Super pongámoslas en cintura. Las hemos ido poniendo en cintura, mire que ya tengo seis (6) liquidadas, he hecho revocatorias parciales a cuatro (4), pero llamar la conciencia de ustedes, cuando hemos tomado decisiones jueces en Peque, Uramita, nos devuelven las actuaciones. Ha sido muy difícil, con las artimañas que tienen algunos de los vigilados para evitar que nosotros tomemos decisiones y logremos sacar estos sinvergüenzas del mercado ¡no es fácil! hemos tenido todo el compromiso del país, toda la disponibilidad del Presidente de la República, en las Superintendencias es un compromiso y yo voy a continuar depurando; eso sí lo tienen claro todos ustedes, las EPS que no funcionen las vamos a sacar del país. Viene una gran angustia que ustedes me han planteado mucho, doctor John Jairo, ustedes me dicen Super cuando usted va a liquidar una EPS, los recursos que deben de ¿Dónde van a salir? no los tienen, porque no los tienen, porque estos recursos no hicieron las reservas técnicas, ni matemáticas, no tienen el patrimonio y sin embargo les permitimos que siguiera creciendo esas deudas.

Una buena noticia, parece que vamos a crear o ya se hizo una petición para crear un fondo de garantía financiera para el sector salud, estaremos trabajando con la Viceministra y el Viceministro más adelante sobre este tema. Doctor Juan Pablo Celis, creo que le contesté y obviamente vamos a hacer más exhaustivos con las auditorías en los entes territoriales. Un llamado especial, díganles a los secretarios departamentales de salud, que el Gobierno está dispuesto a cofinanciar punto final; necesitamos que hagan las auditorías, como lo hizo Antioquia, como lo hizo Barranquilla, como lo hizo Valle y si ellos van acelerando, le llegarían también recursos. Doctor Leonardo, tenemos muy buenos ejemplos en Cundinamarca, el hospital La Samaritana, un hospital público que hoy está acreditado con estándares de calidad, ese es un ejemplo, ya tenemos trece (13) en Colombia, lo cual nos indica que no tenemos un problema de modelo, ni de ley, sino un problema de actores.

Al doctor David Racero, me habló de las condiciones de los contratos ¡tiene toda la razón! en casi todas las presentaciones, yo pongo una sigla, hay que recuperar la dignidad del sector, tenemos mafias transversales por todo el sector, tenemos intermediaciones en toda la cadena, tenemos que irlos quitando para que los pagos y los recursos les lleguen realmente a los profesionales; hay que acabar con esa cadena de intermediarios que tanto daño le ha hecho al país. Al doctor Carlos Julio, el giro directo lo estamos trabajando, lo estamos haciendo, pero miren al régimen subsidiado lo

que le contó la Viceministra, le llegó el 92% del giro, averigüemos que está pasando y en que están invirtiendo los recursos los hospitales porque lo que uno encuentra, es que de tesorería también están girando los recursos muchas de las EPS, hablando de las del régimen subsidiado, estoy esperando la información del contributivo y con mucho gusto se las giro. Doctora Sara... me iba a decir algo doctor John Jairo o siga a toda.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

No, yo sé, pero podemos inclusive señor Superintendente caer aquí en un vicio, porque ya con esta apertura no es llamando a la Secretaría de la Cámara, se abrieron o no. Yo le voy a pedir un favor muy especial, porque no hacemos una cosa, porque no nos hace llegar un texto donde usted nos da esta respuesta señor Superintendente, me da muchísima pena con usted, con la doctora Martha Lucía y con los Viceministros haberlos cortado de esta manera, pero vamos a cumplir cinco (5) horas y de verdad, yo sé que con la tranquilidad nos hace llegar a la Secretaria de la Comisión, a la doctora Elizabeth y ella nos la hace llegar a nosotros. Sea pues este el momento, a los señores Viceministros, al doctor Moscoso y a la señora Viceministra, agradecerles, a la doctora Martha Lucía, a usted señor Superintendente agradecerle y encomendarle, usted es la persona que tiene hoy después del señor Presidente, yo creo que una misión supremamente importante y es la vigilancia de todos estos temas, que de buena fe y de buena manera uno los implementa, pero lo que pasa en el camino. Usted es un hombre directo, que habla claro y en realidad agradecerle la disposición, los vamos a seguir molestando, esta Comisión Tercera está a su entera disposición, ahorita vienen los temas de presupuesto que son nuestra competencia y quiero que usted lo sepa señor Superintendente, al señor Ministro mandarles un mensaje que esta Comisión está para acompañarlos y agradecerles. Vamos a dar entonces Elizabeth, continuar el Orden del Día que se agotó, saludarlos y agradecerle mucho señor Superintendente.

Toma el uso de la palabra el señor Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Muchas gracias Presidente. Yo le pediría solo un favor, usted me permite yo agrupo todas las preguntas y hago una sola respuesta para todos.

Interviene el honorable representante Néstor Leonardo Rico Rico.

Treinta (30) segundos, no más.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Total, hagámoslo así señor Superintendente.

Toma el uso de la palabra el señor Superintendente de Salud, doctor Fabio Aristizábal Ángel:

Gracias Señor Presidente. Un saludo muy especial a todos y todo mi cariño a la Viceministra.

Toma la palabra la señora Viceministra de Salud, doctora María Andrea Godoy:

Muchas gracias.

Nuevamente hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Un saludo especial a todos, señora Secretaria continuemos con el Orden del Día, por favor.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Sí, señor Presidente, lo que propongan los honorables representantes a la Cámara, no existe ninguna proposición en la mesa. Señor Presidente, se ha agotado el Orden del Día.

NOTA SECRETARIAL:

La Secretaría de la Comisión Tercera, deja constancia que los honorables representantes Berrío López Jhon Jairo, Zabaraín D'Arce Armando Antonio, Zuleta Bechara Erasmo Elías, presentaron fallas de conexión en el desarrollo de la Sesión, pero estuvieron presentes.

Los honorables representantes Arana Padauí Yamil Hernando, Garcés Aljure Christian Munir, estuvieron ausentes en un corto periodo de tiempo de la Sesión, pero se unieron nuevamente a la misma.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Elizabeth, antes de cerrar el Orden del Día, treinta (30) segundos, el representante Leonardo Rico.

Hace uso de la palabra el honorable representante Néstor Leonardo Rico Rico.

Yo tengo una proposición.

Toma la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Sí, bien pueda representante Leonardo.

Hace uso de la palabra del honorable Representante Néstor Leonardo Rico Rico:

Gracias Presidente. Gracias al señor Superintendente, muy bien lo que hablaba del tema de La Samaritana. La respuesta del tema de Cundinamarca no se dio, espero que la den por escrito, donde estamos hablando de los recursos que es para los territorios que liberaron por el decreto con fuerza de ley y por el acuerdo del DNP, el tema de regalías para el tema de los hospitales, para el tema de prevención, mitigación de todos los proyectos que necesitan los agentes territoriales para el Covid; en Cundinamarca hay treinta y cuatro (34) hospitales, más de mil (1000) médicos ¿ese es el tema! no sé hablo específicamente, me imagino que lo harán por escrito. Gracias Presidente.

Hace uso de la palabra el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

A usted representante Leonardo Rico. Agotado el Orden del Día levantamos la sesión, agradecerles a

las personas del Gobierno nacional, Superintendente, Viceministro, Directora Nacional del Instituto Nacional de Salud y a todos los compañeros por su disposición. Les reitero mis disculpas, hoy nos enredamos un poco en el uso de la palabra, pero todas las personas hablaron, expresaron, a lo último pues se complica un poquito, pero esto no salió muy bien, como siempre. Los invito para mañana, citamos entonces para mañana Elizabeth, mañana a las 10:00 de la mañana.

Toma la palabra la señora Secretaría General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Mañana, el Director de Nacional de Planeación, Presidente.

Interviene el señor Presidente de la Comisión Tercera, doctor John Jairo Roldán Avendaño:

Director Nacional de Planeación, yo creo que, debemos pensar como en una dinámica distinta, porque la explicación de los funcionarios se está perdiendo con la intervención de nosotros, entonces de pronto mañana decidimos en pleno, la Comisión como modificamos.

Entonces se levanta formalmente la Sesión, agradecerles a todos, Elizabeth, al equipo de la Comisión y a todos los representantes, su disposición y reiterarles mis disculpas, por lo del uso de la palabra.

Hace uso de la palabra la señora Secretaria General de la Comisión Tercera, doctora Elizabeth Martínez Barrera:

Gracias Presidente. Entonces, se levanta la Sesión, siendo las 3:06 p. m., y se cita como dijo el Presidente, para mañana a las 10:00 a. m., Sesión formal virtual. Muchas gracias.

JOHN JAIRO ROLDÁN AVENDAÑO
Presidente



ELIZABETH MARTÍNEZ BARRERA
Secretaria General