



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 506

Bogotá, D. C., miércoles, 26 de mayo de 2021

EDICIÓN DE 35 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE HONORABLE SENADO DE LA
REPÚBLICA

ACTA NÚMERO 36 DE 2020

(noviembre 11)

Trigésima Sexta Sesión Ordinaria Virtual

Legislatura 2020-2021

“Tema: Audiencia pública: Para los departamentos de la región costa atlántica y santanderes, previa al primer debate, en sesiones conjuntas de las comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado y de la Cámara de Representantes, al Proyecto de ley número 010 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud, “mensaje de urgencia”, publicado en la Gaceta del Congreso número 528 de 2020 (68 artículos), según Proposición número 06 aprobada el día treinta (30) de julio de 2020 (Acta 03), por la iniciativa de la honorable senadora Laura Ester Fortich Sánchez.

Proposiciones aditivas para invitados

Proposición número 18 aprobado en la sesión de fecha veintinueve (29) de septiembre de 2020 (Acta 18). Iniciativa: Honorable senador Fabián Gerardo Castillo Suárez

Proposiciones números 20 y 21 aprobadas en la sesión de fecha treinta (30) de setiembre de 2020 (Acta 19). Iniciativas: Honorable senadora Aydeé Lizarazo Cubillos y honorable senadora Victoria Sandino Simanca.

De manera virtual, siendo las ocho y quince minutos (8:15 a. m.) de la mañana, del día miércoles once (11) de noviembre de dos mil veinte (2020), en Bogotá, D. C., actuando como Presidente de la sesión el honorable senador José Ritter López Peña, el honorable senador

Carlos Fernando Mota Solarte, en su calidad de Vicepresidente, y, como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio a la Audiencia pública, virtual, programada para la fecha, con el siguiente Orden el Día:

ORDEN DEL DÍA

Miércoles 11 de noviembre de 2020 - Acta número 36

Plataforma YouTube: Compartiremos transmisión en vivo de la sesión a través del Canal de la Comisión Séptima del Senado mediante la plataforma de YouTube:

<https://www.youtube.com/channel/UCVnZKJeJxweHebgn5DEeTIA>

Trigésima Sexta Sesión Ordinaria no Presencial

Audiencia Pública Reforma Sistema de Salud

Legislatura 2020-2021

Plataforma Zoom

Hora: Ocho de la mañana

Por instrucciones de la honorable Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable senador José Ritter López Peña –Presidente– y honorable senador Carlos Fernando Mota Solarte-Vicepresidente), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del día **miércoles 11 de noviembre de 2020**, que aquí se convoca, según el artículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Audiencia pública: Para los departamentos de la región costa atlántica y santanderes, previa al primer debate, en sesiones conjuntas de las comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado y de la Cámara de Representantes, al Proyecto de ley

número 010 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud, “mensaje de urgencia”, publicado en la Gaceta del Congreso número 528 de 2020 (68 artículos), según Proposición número 06 aprobada el día treinta (30) de julio de 2020 (Acta 03), por la iniciativa de la honorable senadora Laura Ester Fortich Sánchez.

Proposiciones aditivas para invitados

Proposición número 18 aprobado en la sesión de fecha veintinueve (29) de septiembre de 2020 (Acta 18). Iniciativa: Honorable senador Fabián Gerardo Castillo Suárez

Proposiciones números 20 y 21 aprobadas en la sesión de fecha treinta (30) de setiembre de 2020 (Acta 19). Iniciativas: Honorable senadora Aydeé Lizarazo Cubillos y honorable senadora Victoria Sandino Simanca

Invitados:

Todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los departamentos de la costa atlántica y santanderes.

ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

Proyecto de ley número 10 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud, “mensaje de urgencia”.

Iniciativa: Honorables senadores: *Fabián Castillo Suárez, José Luis Pérez Oyuela, Carlos Fernando Motoa Solarte, Carlos Abraham Jiménez, Daira Galvis Méndez, Didier Lobo Chinchilla, Édgar Díaz Contreras, Germán Varón Cotrino, Rodrigo Lara Restrepo,*

Arturo Char Chaljub, Richard Aguilar Villa, Antonio Zabaraín Guevara, Temístocles Ortega Narváez, Ana María Castañeda Gómez, Efraín Cepeda Sarabia, Juan Samy Merheg, David Barguil Assis, Juan Diego Gómez, Carlos Eduardo Enríquez Maya, José David Name, José Ritter López Peña, Juan Felipe Lemos Uribe, Béner Zambrano Eraso, José Alfredo Gnecco, Armando Benedetti Villaneda, Álvaro Uribe Vélez, María del Rosario Guerra, Fernando Araújo Rumié, María Fernanda Cabal Molina, Amanda Rocío González, Paola Andrea Holguín, Gabriel Jaime Velasco, Honorio Miguel Henríquez, Santiago Valencia González, Ruby Helena Chagüi Spath, Alejandro Corrales Escobar, Carlos Felipe Mejía Mejía, José Obdulio Gaviria, José Aulo Polo Narváez, Miguel Ángel Barreto, Soledad Tamayo Tamayo; honorables representantes: Mauricio Parodi, José Amar Sepúlveda, César Lorduy Maldonado, Modesto Aguilera Vides, Ángela Patricia Sánchez Leal, Oswaldo Arcos Benavides, José Daniel López Jiménez, Jorge Benedetti, Gustavo Puentes Díaz, Erwin Arias Betancurt, Eloy Quintero Romero, Néstor Leonardo Rico Rico, Carlos Cuenca Chau, Aquileo Medina Arteaga, Julio César Triana Quintero, Carlos Fernando Farelo Daza, José Luis Pinedo Ocampo, Jaime Rodríguez Contreras, Ciro Fernández Núñez, Jairo Cristo Correa, Atilano Giraldo Arboleda, Jorge Méndez Hernández, Salim Villamil Quesep, Héctor Vergara Sierra, Juan David Vélez Trujillo, Edwuard Rodríguez, Jennifer Kristin Arias Falla, Gabriel Vallejo, Gustavo Londoño García, Yenica Acosta Infante, Juan Fernando Espinal, Óscar Darío Pérez, Juan Pablo Celis Vergel, Enrique Cabrales, Jairo Cristancho Tarache, Edwin Ballesteros, Cristhian Munir Garcés, Milton Angulo Viveros, Karen Cure, Gloria Zorro Africano, Óscar Arango Cárdenas, Armando Zabaraín, Jhon Jairo Berrío, César Martínez.

Radicado: En Senado: 20-07-2020

En Comisión: 22-07-2020

En Cámara: XX-XX-201X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
68 Art. 528/2020								

PONENTES PRIMER DEBATE

HH.SS. PONENTES (22-07-2020)- (17/08/2020)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
Fabián Gerardo Castillo Suárez	Coordinador	Cambio Radical
Laura Ester Fortich Sánchez	Ponente	Liberal
Nadya Georgette Blel Scaff	Ponente	Conservador
Aydeé Lizarazo Cubillos	Ponente	Mira
Victoria Sandino Simanca Herrera	Ponente	Farc
José Aulo Polo Narváez	Ponente	Verde
Jesús Alberto Castilla Salazar	Ponente	Polo
Manuel Bitervo Palchucan Chingal	Ponente	Aico
Honorio Miguel Henríquez Pinedo	Ponente	Centro Democrático
Carlos Fernando Motoa Solarte	Ponente	Cambio Radical
José Ritter López Peña	Ponente	De la U

ANUNCIOS

TRÁMITE EN SENADO

JUL.22.2020: Designación de ponentes mediante oficio CSP-CS-0947-2020.

JUL.30.2020: Aprueban Proposición número 6 Audiencia pública, presentado por los honorables senadores Laura Fortich y Carlos Fernando Motoa.

AGO.17.2020: Adición en designación de ponentes mediante oficio CSP-CS-COVID-19-1157-2020.

SEP.10.2020: Radican Prórroga para presentar Informe de Ponencia para primer debate.

SEP.10.2020: Aceptación de Prorroga mediante oficio CSP-CS-COVID-19-1304-2020.

SEP.24.2020: Radican Mensaje de Urgencia por parte del Ministerio de Salud y la Presidencia de la República.

SEP.29.2020: Se aprueba Proposición número 18 aditiva a la de la honorable senadora Laura Fortich presentada por el honorable senador Fabián Castillo.

SEP.29.2020: Se aprueba Proposición número 20 aditiva a la de la honorable senadora Laura Fortich presentada por la honorable senadora Aydeé Lizarazo.

SEP.29.2020: Se aprueba Proposición número 21 aditiva a la de la honorable senadora Laura Fortich presentada por la honorable senadora Victoria Sandino.

Pendiente de rendir ponencia para primer debate.

CONCEPTOS:

CONCEPTO PACIENTES DE ALTO COSTO

Fecha: 24-08-2020 *Gaceta del Congreso* número 779 de 2020

Se manda publicar el 24 de agosto de 2020

COMENTARIOS ACEMI

Fecha: 08-09-2020 *Gaceta del Congreso* número 887 de 2020

Se manda publicar el 10 de septiembre de 2020

CONCEPTO EY BUILDING A BETTER WORKING WORLD
--

Fecha: 07-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1081 de 2020

Se manda publicar el 8 de octubre de 2020

CONCEPTO DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Fecha: 07-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1081 de 2020

Se manda publicar el 8 de octubre de 2020

OBSERVACIONES ALEXÁNDER MEZA

Fecha: 01-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1162 de 2020

Se manda publicar el 17 de octubre de 2020

CONCEPTO ANDI

Fecha: 13-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1081 de 2020

Se manda publicar el 17 de octubre de 2020

CONCEPTO CONFEDASUCOL

Fecha: 19-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1167 de 2020

Se manda publicar el 22 de octubre de 2020

CONCEPTO GESTARSALUD

Fecha: 19-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1184 de 2020

Se manda publicar el 28 de octubre de 2020

CONCEPTO ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA-ANM

Fecha: 23-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1184 de 2020

Se manda publicar el 28 de octubre de 2020

CONCEPTO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA- Ascofame**Fecha:** 26-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1184 de 2020**Se manda publicar el 28 de octubre de 2020****CONCEPTO ASOCIACIÓN COLOMBIANA SOCIEDADES CIENTÍFICAS****Fecha:** 27-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1184 de 2020**Se manda publicar el 28 de octubre de 2020****CONCEPTO COMITÉ DE CONTROL SOCIAL Y VEEDURÍA CIUDADANA****Fecha:** 27-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1125 de 2020**Se manda publicar el 29 de octubre de 2020****CONCEPTO FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS****Fecha:** 28-10-2020 *Gaceta del Congreso* número 1239 de 2020**Se manda publicar el 4 de noviembre de 2020****COMENTARIOS ASPECOA****Fecha:** 03-11-2020 *Gaceta del Congreso* número de 2020**Se manda publicar el 4 de noviembre de 2020****SUGERENCIAS JOSÉ ANTONIO ACUÑA MURILLO****Fecha:** 27-10-2020 *Gaceta del Congreso* número de 2020**Se manda publicar el 4 de noviembre de 2020****OBJECIONES ANDEPETROL****Fecha:** 04-11-2020 *Gaceta del Congreso* número de 2020**Se manda publicar el 4 de noviembre de 2020**

Septiembre 23 de 2020: Mensaje de urgencia del señor Presidente de la República, solicitando sesiones conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales.

Septiembre 29 de 2020: Resolución 1575 de 2020 Cámara mensaje urgencia reforma salud sesiones conjuntas: Proyecto de ley número 425 de 2020 Cámara, 10 de 2020 Senado.

Septiembre 30 de 2020: Resolución 019 Senado, Autorizando sesiones conjuntas Comisiones Séptimas - Reforma salud.

Invitados:

Doctor Fernando Ruiz Gómez - Ministro de Salud y Protección Social

Doctor Fabio Aristizábal Ángel - Superintendente de Salud

Doctor Dídier Tavera Amado - Director Ejecutivo Federación Nacional de Departamentos

Doctor Gilberto Toro Giraldo - Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios - FCM

Doctor José Joaquín Cortés Matéus - Director del Programa de Salud de Cajacopi - Gestarsalud

Doctora Nancy Cañón Mesa - Representante de Asehisantander - Acesi

Señora Adriana Elena Pérez Peña - Representante Usuarios

Doctor Stevenson Marulanda - Colegio Médico Colombiano

Doctor Juan José Rey - Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga Unab. Ascofame

Doctora Nidia Beatriz Castañeda Pertuz - Presidenta Sindess Magdalena

Doctora Nidia Beatriz Castañeda - Gerente Anaswayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena

Doctora Beda Margarita Suárez - Gerente Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena.

Doctor Juan Carlos Giraldo.V - Director General de ACHC

Doctor Óscar Gálvez - Director del Hospital Universitario de Santa Marta

Doctor Luis Eduardo Medina Romero - Director Administrativo Comfamiliar de La Guajira. Asocajas

Doctor José Luis Méndez H., MD, MSP - Presidente Ejecutivo Asinfar

Alcaldes

Doctor Jaime Alberto Pumarejo Heins - Alcalde de Barranquilla - Atlántico

Doctor William Jorge Dau Chamatt - Alcalde de Cartagena de Indias - Bolívar

Doctor Mello Castro González - Alcalde de Valledupar - Cesar

Doctor Carlos Alberto Ordosgoitia Sanín - Alcalde de Montería - Córdoba

Doctor José Ramiro Bermúdez Cotes - Alcalde de Riohacha - La Guajira

Doctora Virna Lizi Johnson Salcedo - Alcaldesa de Santa Marta - Magdalena

Doctor Jairo Tomás Yáñez Rodríguez - Alcalde de San José de Cúcuta - Norte de Santander

Doctor Jorge Norberto Gari Hooker - Alcalde de Providencia San Andrés

Doctor Juan Carlos Cárdenas Rey - Alcalde de Bucaramanga - Santander

Doctor Andrés Eduardo Gómez Martínez - Alcalde de Sincelejo - Sucre

Gobernadores

Doctor Elsa Margarita Noguera de la Espriella - Gobernadora de Atlántico

Doctor Juan Mauricio González Negrete - Gobernador de Bolívar (e)

Doctor Luis Alberto Monsalvo Gnecco - Gobernador de Cesar

Doctor Orlando David Benítez Mora - Gobernador de Córdoba

Doctor Nemesio Raúl Roys Garzón - Gobernador de La Guajira

Doctor Carlos Eduardo Caicedo Ómar - Gobernador de Magdalena

Doctor Everth Julio Hawkins Sjogreen - Gobernador de San Andrés Islas

Doctor Silvano Serrano Guerrero - Gobernador de Norte de Santander

Doctor Nerthink Mauricio Aguilar Hurtado - Gobernador de Santander

Doctor Héctor Olimpo Espinosa Óliver - Gobernador de Sucre

Secretarías de Salud Departamentales

Doctora Alma Johana Solano Sánchez - Secretaría de Salud Departamental del Atlántico

Doctor Álvaro Manuel González Hollman - Secretaría de Salud Departamental de Bolívar

Doctor Hernán Baquero Rodríguez - Secretaría de Salud del Cesar

Doctor Walter Hernán Gómez Reyes - Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba

Doctora Rosario Elena Moscote Suárez - Secretaría de Salud Departamental de La Guajira

Doctor Jairo Salas - Secretaría Seccional de Salud del Magdalena

Doctor Julián Devis Robinson - Secretaría Departamental de Salud de San Andrés

Doctor Juan Carlos Granados Villa - Secretario de Salud de Sucre

Doctor Carlos Arturo Martínez García - Director Instituto Departamental de Salud Norte de Santander

Doctor Javier Alonso Villamizar Suárez - Secretaría Departamental de Salud de Santander

Doctora Rosa Emilda Vargas - Secretaría de Salud Municipal - San José de Cúcuta

Secretarías de Salud Municipales

Doctor Humberto Mendoza Charris - Secretario de Salud Distrito de Barranquilla

Doctor Álvaro Fortich Revollo - Director del Dadis Secretario de Salud

Doctora Lina de Armas Daza - Secretario de Salud de Valledupar

Doctor José Darío Vergara Orozco - Secretario de Salud de Montería

Doctor Henrique Luis Toscano Salas - Secretario de Salud Distrito de Santa Marta

Doctora María Constanza Arteaga - Secretaría de Salud San José de Cúcuta

Doctor Nelson Elí Ballesteros - Secretaría de Salud de Bucaramanga

Doctora Orelia María Ortega González - Secretaría de Salud de Sincelejo

Doctora Viviana G. Flores Barros - Secretaría de Salud de Riohacha

Doctor Bruce MacMaster - Presidente Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI)

Doctor Miguel Gómez Martínez - Presidente de Fasecolda

Doctor Alexander Meza - Coordinador de Asesorías *ad honórem* de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad

Doctor Julio Borelly - Gerente de Gestión Salud IPS.

Doctor Dieb Maloof Cuse - Gerente General Clínica la Misericordia

Doctor Leonardo Durán Cogollo - Gerente Clínica la Victoria

Silvia Cañas Lobelo - Subdirectora de Salud

Yailton Lindo Ruiz, Administrador EPSS

IV

Lo que propongan las honorables senadoras y los honorables senadores.

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

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
Presidente

CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Vicepresidente



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
Secretario de la Comisión

Al inicio de la Audiencia Pública, virtual, se hicieron presentes los siguientes honorables senadores y honorables senadoras:

Blel Scaff Nadya Georgette

Fortich Sánchez Laura Ester

Lizarazo Cubillos Aydeé

López Peña José Ritter

Palchucan Chingal Manuel Bitervo

Polo Narváez José Aulo

Romero Soto Milla Patricia

Simanca Herrera Victoria Sandino

Velasco Ocampo Gabriel Jaime.

En el transcurso de la Audiencia Pública, virtual, se hicieron presentes los siguientes honorables senadores:

Castilla Salazar Jesús

Castillo Suárez Fabián Gerardo

Henríquez Pinedo Honorio Miguel

Motoa Solarte Carlos Fernando

Pulgar Daza Eduardo Enrique.

La Secretaría informó al señor Presidente, que la sesión se inició con quórum decisorio.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente Audiencia Pública, Legislatura 2020-2021, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado República, así:

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Secretario.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Sesión Presidente, son las 8:15 de la mañana.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Procedamos a llamar a lista, señor Secretario.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las 8:15 am., el señor Presidente de la Comisión Séptima de Senado de la República, honorable senador José Ritter López Peña, bueno, 8:15 de la mañana de hoy miércoles 11 de noviembre de 2020, el honorable senador José Ritter López Peña, Presidente de la Comisión Séptima de Senado, autoriza al Secretario llamar a los integrantes de la Comisión Séptima de Senado, y posteriormente hacer lectura de los invitados, que confirmaron asistencia y/o participación a esta tercera Audiencia Pública, previa al primer debate al Proyecto de ley número 10 de 2020 Senado, sobre Reforma a la Salud.

Blel Scaff Nadya Georgette.

Honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Presente, señor Secretario, con muy buenos días para todos.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Conectada desde las 7:58

Castilla Salazar Jesús Alberto.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

No está conectado.

Castillo Suárez Fabián Gerardo.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

No está conectado.

Fortich Sánchez Laura Ester.

Honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Laura Fortich presente, señor Secretario, un saludo cordial para todos.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Laura.

Henríquez Pinedo Honorio Miguel.

Parece que no hay internet en Santa Marta, no está conectado el senador Honorio.

Lizarazo Cubillos Aydeé.

Honorable Senadora Aydeé Lizarazo Cubillos:

Aydeé Lizarazo Cubillos presente, Secretario, con el saludo cordial para todos los invitados.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Aydeé.

López Peña José Ritter.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Ritter López presente, señor Secretario.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias señor Presidente.

Motoa Solarte Carlos Fernando.

Señor Ministro, muy buenos días.

Doctor Fernando Ruíz Gómez - Ministro de Salud y Protección Social:

Muy buenos días, señor Presidente, me encuentro aquí en Buenaventura, vamos a estar atentos a todo el evento y a la Audiencia Pública y a la continuidad liderada, vamos a dejar encargada a la doctora Mery Barragán, para que tome atenta nota de todas las intervenciones, como hemos hecho en días anteriores, y agradezco mucho la atención y estaremos atentos aquí a los resultados de la Audiencia, muchas gracias.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Gracias Ministro, muy amable, bienvenido el Valle del Cauca.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Seguimos con nuestro llamado a lista.

Motoa Solarte Carlos Fernando.

Estuvo conectado nuestro vicepresidente, pero en el momento no está conectado.

Palchucan Chingal Manuel Bitervo.

Honorable Senador Manuel Bitervo Palchucan Chingal:

Palchucan Bitervo presente, señor Secretario, buenos días a usted y a todos.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senador Bitervo.

Polo Narváez José Aulo.

Honorable Senador José Aulo Polo Narváez:

Polo Narváez José Aulo, presente, señor Secretario.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias.

Pulgar Daza Eduardo Enrique

No está conectado.

Romero Soto Milla Patricia.

Honorable Senadora Milla Patricia Romero Soto:

Presente, señor Secretario, buenos días para todos.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Milla.

Simanca Herrera Victoria Sandino.

Honorable Senadora Victoria Sandino Simanca Herrera:

Buenos días, señor Secretario, presente y saludos a todas las personas que están acá conectadas, funcionarias, funcionarios, representantes y organizaciones sociales.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senadora Victoria.

Velasco Ocampo Gabriel.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

Secretario, buenos días a usted, a todos los que nos acompañan hoy, Gabriel Velasco, presente.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Senador, de paso aprovecho para recordarle un favor que le pedí a nombre de todos los empleados de la rama legislativa del poder público.

Honorable Senador Gabriel Jaime Velasco Ocampo:

Sí señor, juicioso haciendo la tarea.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias senador, a nombre de todos los funcionarios de la rama legislativa del poder público, nueve (9) honorables senadores y senadoras, contestaron el llamado a lista, señor Presidente, hay quórum decisorio en la Comisión Séptima del Senado, el Orden del Día propuesto para esta tercera Audiencia Pública es el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

Se nos acaba de conectar el senador Honorio, 8:20 a. m., diez (10) senadores presentes.

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Audiencia pública: Para los departamentos de la región costa atlántica y santanderes, previa al primer debate, en sesiones conjuntas de las comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado y de la Cámara de Representantes, al Proyecto de ley número 010 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud, “mensaje de urgencia”, publicado en la Gaceta del Congreso número 528 de 2020 (68 artículos), según Proposición número 06 aprobada el día treinta (30) de julio de 2020 (Acta 03), por la iniciativa de la honorable senadora Laura Ester Fortich Sánchez.

Se desarrollan estas audiencias públicas y proposiciones aditivas posteriores, pidiendo que se incluyeran nuevos invitados.

Los antecedentes del proyecto, son ampliamente conocidos, esta es la tercera audiencia, están invitados, para esta tercera audiencia, los diez (10) Gobernadores, ocho (8) de la Costa Atlántica y dos (2) por los dos santanderes, los alcaldes de capitales de los respectivos departamentos objeto de la audiencia, los secretarios de salud departamentales de los departamentos objeto de la audiencia.

Están invitados también, los secretarios de salud municipales de las capitales de departamentos, y personalidades que representan al sistema general de seguridad social, a nivel de prestadores, a nivel de gobierno, en los distintos entes territoriales.

Para esta Audiencia Pública, señor Presidente, pedimos que nos confirmaran asistencia y/o participación, entonces les voy a pedir el favor encarecidamente a quienes están invitados y están presentes, que nos contesten el llamado a lista y lo hago con base en los que nos confirmaron, que hasta este momento teníamos unas 27 personas, más o menos, confirmados para intervenir y asistir e intervenir.

El doctor Willy Simancas Mendoza esta como delegado, del señor Gobernador encargado de Bolívar, el

doctor Willy es quien va a intervenir en representación del departamento de Bolívar, doctor Willy.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en Bolívar doctor Willy Simancas Mendoza:

Presente, muy buenos días doctor Jesús, señor Presidente y a los miembros, importante Comisión Séptima de Senado, en nombre del señor Gobernador encargado y el titular que se encuentra cumpliendo su incapacidad médica, presentamos un cordial saludo desde el departamento de Bolívar.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Willy, hago el registro acá de asistencia, a nuestro recinto de sesiones, senador Motoa, nuestro Vicepresidente, nos está acompañando acá presencialmente en nuestro recinto de sesiones y hago su registro a las 8:24 a. m., hay 11 honorables senadores y senadoras de la Comisión Séptima conectados.

Doctor Nemesio Raúl Roys Garzón Gobernador de La Guajira, nos confirmaron asistencia y participación, el doctor Nemesio no está en este momento.

Doctora Nancy Cañón Meza, representante de Acesi Santander.

Representante de Acesi – Santander, doctora Nancy Cañón Meza:

Muy buenos días, muchas gracias por la invitación y esperamos dejar unos buenos planteamientos acerca de este Proyecto de ley número 010, muchas gracias.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora, doctor Stevenson Marulanda - Colegio Médico Colombiano.

Doctor Juan José Rey - Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB. Ascofame.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB. Ascofame doctor Juan José Rey:

Muy buenos días, un saludo a los honorables miembros de la Comisión Séptima, presentes.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor.

Doctora Nidia Beatriz Castañeda Pertuz - Presidenta Sindess Magdalena.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

No está.

Colegio Médico Colombiano doctor Stevenson Marulanda:

Perdóneme buenos días, yo no tuve oportunidad de presentarme, soy Stevenson Marulanda - Colegio Médico Colombiano, muchas gracias por invitarme.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

¿Me recuerda su nombre?

Doctor Stevenson Marulanda - Colegio Médico Colombiano:

Stevenson Marulanda.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Ok.

Colegio Médico Colombiano - doctor Stevenson Marulanda:

Muchas gracias, usted es muy gentil.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Stevenson, entonces la doctora Nidia Beatriz Castañeda Pertuz, en representación de Sindess, Sindicato del Sector Salud Magdalena no está presente.

Doctora Nidia Beatriz Castañeda - Gerente Anaswayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, no está.

La Doctora Beda Margarita Suárez - Gerente Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, también por Anaswayayuu, no está en este momento, confirmaron participación, la doctora Beda.

Gerente Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena. Doctora Beda Margarita Suárez. Muy buenos días, como está, Beda Margarita Suárez de Anaswayayuu.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora Beda Margarita, hay tenemos acá, hacemos registro de su asistencia.

Doctor Juan Carlos Giraldo - Director General de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, no está conectado, pero tiene delegados para el día de hoy.

Doctor Óscar Gálvez - Director del Hospital Universitario de Santa Marta, no está.

Doctor Luis Eduardo Medina Romero - Director Administrativo Comfamiliar de La Guajira. Asocajas, delegó en la doctora Silvia Cañas, doctora Silvia y en el doctor Jair Tolindo Ruiz.

Administrador de la EPS, Caja de Compensación Familiar de La Guajira, doctor Jair Tolindo Ruiz:

Sí, buenos días mi nombre es Jair Tolindo Ruiz, administrador de la EPS, Caja de Compensación Familiar de La Guajira, muchas gracias honorables miembros de la Comisión Séptima por la invitación.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Jair.

Doctor Jaime Alberto Pumarejo Heins - Alcalde de Barranquilla.

Secretario de Salud Distrital de Barranquilla doctor Humberto Mendoza:

Buenos días, Humberto Mendoza, Secretario de Salud Distrital de Barranquilla, en representación del señor Alcalde.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

¿Me recuerda despacito el nombre?

Secretario de Salud Distrital de Barranquilla doctor Humberto Mendoza:

Humberto Mendoza Charris, Secretario Distrital de Salud de Barranquilla.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Ya lo anotamos, gracias doctor Mendoza.

Doctor Jairo Tomás Yáñez Rodríguez - Alcalde de San José de Cúcuta, delegó la doctora Rosa Emilda Vargas, doctora Rosa Emilda, está conectada la doctora Rosa Emilda, nos puede contestar el llamado a lista, seguimos...

Doctor Juan Carlos Cárdenas Rey - Alcalde de Bucaramanga, delegó en la Secretaria de Salud y Medio Ambiente, no está la delegación.

Doctora Alma Johana Solano Sánchez - Secretaria de Salud Departamental del Atlántico, nos confirmaron participación, pero no está conectada.

Doctora María Constanza Arteaga - Secretaria de Salud San José de Cúcuta.

Doctora Viviana G. Flores Barros - Secretaria de Salud de Riohacha.

Secretaria de Salud de Riohacha, doctora Viviana G. Flores Barros:

Presente, muchas gracias a la Comisión Séptima por la invitación, en nombre también del alcalde José Ramiro Bermúdez Cotes.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Entonces solo en calidad de asistente, pero no interviene, lo que le entendí, cuando hablamos hace unos minutos, solamente como asistente, ¿Es así, doctora Viviana?

Doctor Bruce MacMaster - Presidente de (ANDI).

Doctor José Ramiro Bermúdez Cotes - Alcalde de Riohacha:

Presente Ramiro Bermúdez, Alcalde de Riohacha.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias señor Alcalde de Riohacha, de la ANDI nos pidieron de manera expresa que querían intervenir, pero no hay presencia de la ANDI, personal.

Doctor Miguel Gómez Martínez - Presidente de Fasecolda, pidieron participación y confirmaron, pero no están presentes.

Doctor Alexánder Meza y de paso le pedimos excusas, está conectado el doctor Alexánder Meza, el coordinador de asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad, de Santiago de Cali, le hacemos claridad, parece que tiene problemas de micrófono, porque está conectado, lo estamos viendo acá en pantalla, doctor Alexánder Meza si nos escucha, de todas maneras, las observaciones.

Coordinador de Asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad, doctor Alexánder Meza:

Ahí los escucho.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Las observaciones que usted nos envió frente al proyecto de ley, están publicadas en *la gaceta* y nuestro Presidente el senador José Ritter López Peña, tiene toda la intención, de que los que conozcan del sistema de salud o sobre el sistema de salud, puedan opinar sobre el proyecto de ley y sus observaciones ya están publicadas en *la gaceta* y en el día de hoy tienen un espacio para que intervengan.

Coordinador de Asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad doctor Alexánder Meza:

Vale muchas gracias, ¿Ahí me escuchan bien?

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Sí, le estamos escuchando bien.

Coordinador de Asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad, doctor Alexánder Meza:

Ah bueno, gracias.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Julio Borelly - Gerente de Gestión Salud IPS.

Gerente de Gestión Salud IPS, doctor Julio Borelly:

Presente, buenos días honorables senadores de la Comisión Séptima, muchas gracias por la oportunidad.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Borelly.

Doctor Dieb Maloof Cuse, que fue integrante de esta Comisión Séptima del Senado, pero nos informaron hace unos minutos que sí iba a asistir, sí iba a participar, pero que en este momento está realizando una cirugía, en su calidad, creo que es Médico Cirujano Neurólogo, o Neurocirujano, cuando se conecte haremos el registro,

él está invitado como Gerente General de la Clínica la Misericordia.

Doctor Leonardo Durán Cogollo - Gerente Clínica La Victoria.

Gerente Clínica La Victoria, doctor Leonardo Durán Cogollo:

Muy buenos días, señor Secretario, muy buenos días honorables senadores de la Comisión Séptima, presente para participar.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Leonardo.

Doctor José Luis Méndez - Presidente Ejecutivo Asinfar, los productores en medicamentos, acá que se les conoce como no multinacionales, sino el sector nacional Asinfar, doctor José Luis Méndez no está.

Finalmente tenemos una pequeña lista acá, el doctor Juan Carlos Cárdenas Rey - Alcalde de Bucaramanga, no está.

Doctor Nelson Elí Ballesteros - Secretario de Salud de Ambiente de Bucaramanga, no está.

Doctor Hernán Baquero Rodríguez - Secretaría de Salud del departamento de Cesar, no está.

Doctora Orelia María Ortega González - Secretaria de Salud de Sincelejo, que delegaba en la doctora Sandra Patricia Toro Gómez, no está.

Doctora Nidia Beatriz Castañeda Anaswayuu, tampoco.

Doctora María Constanza Arteaga - Secretaria de Salud de Cúcuta.

Secretaria de Salud de Cúcuta, doctora Rosa Emilda Vargas:

Presente.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora Rosa Emilda, bueno volvemos a llamar al doctor Never Surrey, ¿Como Gobernador de La Guajira?, no está conectado.

Doctora Rosario Elena Moscote Suárez - Secretaria de Salud Departamental de La Guajira.

Secretaria de Salud Departamental de La Guajira doctora Rosario Elena Moscote Suárez:

Estoy acá en el momento en representación de nuestro gobernador, doctor Nemesio Roys Garzón.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora Rosario, agradecemos su asistencia, tenemos también como representantes de usuarios a la doctora Adriana Elena Pérez Peña, está conectada.

Representante Usuarios señora Adriana Elena Pérez Peña:

Bendiciones, muy buenos días.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Si está conectada gracias, el doctor Henrique Luis Toscano Salas - Secretario de Salud Distrito de Santa Marta.

Secretario de Salud Distrito de Santa Marta, doctor Henrique Luis Toscano Salas:

Presente.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Sí está conectado gracias, bueno hay algunas otras personas que están conectadas, como el señor Secretario de Salud del departamento de Sucre.

Secretario de Salud del departamento de Sucre doctor Juan Carlos Granados:

Muy buenos días para todos, Juan Carlos Granados, Secretario de Salud del departamento de Sucre, señor

Secretario, honorables senadores, quería también solicitar la palabra para intervenir.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Para intervenir, gracias doctor, si hay alguien más que esté conectado en plataforma.

Secretario de Salud de Santander, doctor Javier Villamizar:

Muy buenos días Javier Villamizar, Secretario de Salud de Santander, en representación de nuestro gobernador el doctor Mauricio Aguilar.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias.

Presidente de Fasecolda doctor Miguel Gómez:

Miguel Gómez Martínez, presidente de Fasecolda.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Gómez, lo teníamos por acá, ya lo llamamos, ya le hacemos el registro, Miguel Gómez Martínez, como presidente de Fasecolda.

Presidente de Fasecolda doctor Miguel Gómez:

Gracias, señor Secretario.

Delegada Federación Colombiana de Municipios, doctora Sandra Castro:

Igualmente, señor Secretario, buenos días Sandra Castro en representación de la Federación Colombiana de Municipios.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

La doctora Sandra Castro, sí nos informaron que iba asistir en representación del doctor Gilberto Toro, Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Municipios, está conectada la doctora Sandra Castro, ¿Con intención de intervenir?

Delegada Federación Colombiana de Municipios, doctora Sandra Castro:

Sí señor, gracias.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctora Sandra, bueno señor Presidente, en la medida en que se vayan conectando más, estaremos haciendo los registros, ya tenemos unos 20 minutos de atraso, señor Presidente, de acuerdo a nuestra programación.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Bueno un saludo, gracias señor Secretario, un saludo muy especial de nuevo a todos los invitados que están conectados a esta hora, gracias al Ministro que ha dejado pues, delegada la doctora para que tome atenta nota de toda las intervenciones, continuando con esta serie de Audiencias Públicas, que hemos querido convocar en la Comisión Séptima respecto a este importante Proyecto de ley el 010 para escuchar, representantes de todos los departamentos de Colombia, nos hemos dado a la tarea de invitar a todos los sectores que conocen de la salud, que tienen que ver con la salud, a veedores, a representantes de los usuarios, sindicatos, universidades, entes gubernamentales, en fin, a todos, para que podamos escucharlos y repito, como lo decimos en cada audiencia, lo que queremos en la Comisión Séptima es construir entre todos un buen proyecto de ley, que ayude mucho a uno, de los problemas más graves que tiene hoy el pueblo colombiano, que siente que su sistema de salud no es oportuno y eficiente.

De manera que, agradezco infinitamente a ustedes, en aras de, digamos de centralizar la responsabilidad de dirigir estas audiencias, he querido como Presidente de la Comisión Séptima que, en el día de hoy, delegarle la responsabilidad de dirigir esta audiencia, a una senadora

de la Comisión Séptima de la Costa Atlántica, a la doctora Laura Fortich, doctora Laura Fortich se encuentra conectada verdad.

Honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Sí, señor Presidente, aquí estamos presentes.

Presidente honorable Senador José Ritter López Peña:

Muchas gracias, ella es una senadora cartagenera y queremos pues que ella tenga, hoy esa responsabilidad como cartagenera de escuchar a sus coterráneos, a todas las personas que van a intervenir de la costa Atlántica, de los Santanderes y seguir nutriendo este proyecto, doctora Laura me ha pedido la Senadora Victoria Sandino, como quiera que no puede intervenir en las otras audiencias el uso de la palabra para que la tenga en cuenta, le entrego a usted esa responsabilidad, que como Senadora juiciosa e inteligente que es, lo va saber hacer de la mejor manera, buen pueda, doctora Laura, le deseo éxitos y aquí estamos pendientes, un abrazo y buenos días.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias señor Presidente y gracias por este honor de dirigir hoy la Audiencia Pública, como usted bien lo decía, como cartagenera quiero también aprovechar y saludar a todos los cartageneros en el día de hoy, a la Senadora Nadia Blel que también como yo somos cartageneras, en la conmemoración del 11 de noviembre de 1811, Cartagena fue la primera ciudad colombiana y la segunda de América del Sur, que se independizó de la corona española.

Entonces un saludo especial hoy también a todos los cartageneros y cartageneras, bueno para dar inicio a las intervenciones del día de hoy, muy bien lo decía nuestro Presidente, somos 11 ponentes de los diferentes partidos políticos que nos encontramos en la Comisión Séptima hemos hecho esta solicitud de hacer estas audiencias, esta es la tercera de cuatro audiencias que se van a realizar, ya se han escuchado más de 50 intervenciones de diferentes actores del sistema de seguridad social y de salud, y bueno continuamos el día de hoy, en representación de la región Caribe, de los Santanderes para escucharlos, queremos nutrir este proyecto de ley, todos los ponentes y miembros de la Comisión Séptima, lo vemos como una gran oportunidad, para, teniendo en cuenta también que tiene mensaje de urgencia de la Presidencia de la República, una gran oportunidad para construir, no solamente como legisladores, sino teniendo en cuenta todos los actores del sistema de salud.

Dentro de las audiencias anteriores se han dado ciertos respaldos a ciertos temas, ha habido también observaciones y críticas, todo esto lo estamos teniendo en cuenta, estamos tomando atenta nota y por eso resalto y aprovecho comenzando, a dar un saludo especial a todos los invitados del día de hoy, Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud, Representantes de diferentes asociaciones, Organizaciones del Sector, Organizaciones Sociales que nos acompañan, un saludo muy especial a todos ustedes, quiero que sepan que estamos construyendo este proyecto de ley, haciéndole los ajustes necesarios, para esa ponencia, para finalmente hacerle su discusión en primer debate en la Comisión.

Hoy, antes que escucharnos digamos a nosotros, vamos a dar la palabra a la Senadora Sandino que también quiere intervenir, como muy bien lo decía el Presidente de la Comisión y pues hoy el día es para escucharlos a ustedes, cada uno va a tener 10 minutos para intervenir y pues darnos todos los elementos necesarios, a mí me enseñaron algo, y es que entre más información tenga uno, frente a algo, mejores decisiones se toman. Entonces

hoy esperamos escucharlos a todos y todos vamos a tomar atenta nota, vamos a dar entonces la palabra a la Senadora Victoria Sandino Simanca, tiene usted la palabra Senadora.

Honorable Senadora Victoria Sandino Simanca Herrera:

Gracias Senadora muy amable, felicitaciones por supuesto a toda la gente de Cartagena, a usted, a la Senadora Blel, por el día hoy de la independencia y de la conmemoración pues de esta fecha tan significativa, para Cartagena, para la costa Caribe y para Colombia.

Y, por supuesto, también saludo a todas las personas que están conectadas en este momento, hoy esta tan importante audiencia, yo de verdad, lo primero que quiero manifestar, es que el hecho de que más de 130 más o menos, tengo la referencia de organizaciones sociales, gremiales, académicas entre otras entidades pues, hayan querido participar en esta audiencia, es una razón muy poderosa para, pues para afirmar que, esta audiencia y este ajuste al sistema de salud, que se ha presentado bueno como una reforma a través del Proyecto de ley número 010, tiene muchos asuntos que deben ser discutidos de manera amplia y que no se podrán resolver en un llamado de urgencia solamente como lo ha pretendido el gobierno.

Mire durante la pandemia hemos insistido en la necesidad de que esto debe tomar, o sea, que, aquí en esta Comisión, en muchos debates que el hay debe tomar bajo su control la red pública de servicios y la privada también, así como debe revisar el actual modelo de atención que resulta realmente obsoleta, como lo ha demostrado la misma pandemia.

La respuesta del Ministerio de Hacienda, siempre ha sido la misma no, que aparentemente no es el momento, para pensar en reforma, pero parece que ahora sí, aún el Covid no ha terminado, pero hoy sí estamos planteando esto. Así que el afán del gobierno es que esta reforma hace parte de un paquete de reestructuración de la prestación social que incluye la reforma pensional, la reforma laboral, lo que ya vimos con sus antecedentes en el Decreto 1174 del Ministerio de Trabajo, incluso se habla de una posible reforma tributaria que seguramente es regresiva.

Pero yo quiero referirme aquí a algunos aspectos que nos preocupan y que me preocupan en particular, de este proyecto el 010, entre otras que este proyecto de ley se presenta como reglamentación de la ley estatutaria de salud, la 1751, sin embargo mantiene el aspecto más problemática de la Ley 100 que ha sido la principal causa de la vulneración de los derechos a la salud para las y los colombianos verdad y esa problemática es la intermediación, estas empresas que hacen esta intermediación, cambian de nombre, pasan de las EPS, a las aseguradoras de salud, conservando buena parte de sus funciones actuales, pero concentrando el negocio aún más en unas cuentas, o sea, en unos oligopolios.

Otro aspecto es que, pretende corregir la asistencia de unas EPS malas, llevando más de 27 años ajustando a las EPS malas, bajo el supuesto de que el sistema es bueno, pero realmente hay que corregir, o sea, lo que se plantea es que hay que corregir el mal comportamiento de los actores del sistema., el problema no es que existan esas EPS malas o que se porten unas mal y otras bien, el problema es el sistema de salud, desde que se convirtió en negocio, es cada vez más obsoleto, costoso, ineficiente, corrupto, y esto se debe claro a que la manera como funciona este sistema, no solo permite estos fenómenos que acabo de mencionar, sino que incentiva la corrupción y la desprotección de la gente en todos los niveles.

Otro aspecto por ejemplo, todos los intentos de reforma anteriores así como este proyecto de ley, siguen concentrados y siguen protegiendo las ganancias de estas empresas, mejor dicho ese intermediario, el intermediario mantiene el control con la contratación, con la consecuencia pues que ya hemos visto a lo largo de estos años, privilegian a sus proveedores, bueno también hacen a través de la integración vertical con sus propias IPS, o con aquellas fachadas o empresas fachadas que crean ellos mismos no, dejando en último lugar y este es el problema principal, en último lugar el pago y la contratación a los hospitales públicos.

El afán de garantizar o el afán de esas ganancias para las empresas, es la razón por las que los territorios más pobres y asilados del país, se evita a toda costa prestar los servicios de salud que la gente del campo necesita por ejemplo, atender en la ruralidad no es rentable para las EPS, por más incentivos que traten de inventarse pues, para mantenerla y para darle arraigo en el territorio, no van las EPS que administran las redes de la ruralidad, cierran centros de salud, y servicios hospitalarios de manera permanente, porque no les he rentable.

Un tercer aspecto es que el proyecto de ley insiste en que el modelo de atención es primordialmente, atención a individuos, no se aprendió nada, parece de las lecciones que ha dejado esta pandemia no, no es posible contra restar una pandemia solo con el viejo modelo de atención a individuos que sucede cuando la enfermedad se manifiesta, nuevamente los componentes de salud pública, prevención, protección, atención primaria en salud y los determinantes sociales de social, son marginales en esta propuesta y eso es muy preocupante.

Un cuarto aspecto que me gustaría compartir es que, este proyecto de ley más que reforma es un ajuste al sistema actual, ya lo hemos visto, lo hemos demostrado pues en estas intervenciones que han hecho en las audiencias, así que nosotros sí creemos que necesitamos un verdadero sistema de salud, una verdadera reforma de salud que se base sobre todo en ese concepto de la salud totalmente diferente, no una salud para el buen vivir y eso implica una verdadera reforma que debe tener un amplia participación social vinculante, nuestra expectativa con esto cuando se hizo esta convocatoria que apoyamos, la propuesta pues de las audiencias regionales para discutir el proyecto de ley, no era solamente que se llenara la agenda de manera prioritaria con los representantes de los entes territoriales, que consideramos que es muy importante que saludamos y que queremos escuchar sus voces, sino que también se escuchara las organizaciones sociales y comunitarias que habitan el territorio.

La participación social es que, es la que puede enriquecer un sistema de salud, esto ya escrito desde los años 70 por ejemplo con el tema del Alma Ata, eso es lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud y tiene todo el sentido del mundo, porque la participación social es la que permite que el sistema sea flexible, que se adecue a las particularidades de cada territorio y en ese sentido, una verdadera reforma debe contener un ejercicio de territorialización coherente con las necesidades y particularidades de cada territorio, mejor dicho, no con la imposición de modelos desde la centralidad desde acá de Bogotá, sino que consultar las particularidades estimo, el gasto en salud o el modelo de atención, los planes territoriales, la salud deben responder a una planeación desde el territorio.

Una verdadera reforma de salud debe contener medidas relevantes para que profesionales, trabajadores y trabajadoras de la salud, quieren arraigarse en el territorio, eso es lo que hemos insistido en este tiempo, que se tenga en cuenta por ejemplo la creación de un

estatuto especial para las y los trabajadores de la salud, insistió en que una verdadera reforma debe involucrar todos los determinantes sociales que afectan a la salud del territorio, debe ir acompañada por ejemplo del acceso a la tierra, al derecho a la soberanía alimentaria, a la nutrición adecuada, a una política social que garantice mínimos vitales para todas las personas de manera igual, equitativa, de las garantías al derecho a la vivienda, al saneamiento digno, a la protección al medio ambiente, al acceso al agua potable, mejor dicho estamos hablando de garantías sociales fundamentales, para fortalecer la acción conjunta y articulada del territorio, justo con estos temas que hoy atravesamos en el mundo y en Colombia en particular, no es posible, pensar en una reforma a la salud, sin respetar, promover y ayudar a conservar la autonomía y las prácticas de los haberes ancestrales.

Me dejó muy inquieta, muy preocupada, que la primera audiencia que realizamos, la de región del suroccidente del país, no se tuvo en cuenta a los pueblos indígenas, negros, afro y bueno en este tampoco, no sé si aquí estarán las comunidades, los pueblos raizales, tampoco los palenqueros no sé, no escuché la mención que hizo el Secretario, siendo que precisamente en esta región se concentra una mayor presencia de estos pueblos y que tenemos que tener como, esas enseñanzas, esas experiencias que han vivido históricamente, ancestralmente o sea, algo tendrán que enseñarnos, una reforma no piensa en el carácter pluricultural, de nuestro país, ni los principios que debe fundamentarse un Estado social de derecho.

En conclusión, en un sistema de salud realmente atento a las necesidades de los territorios, lo último que debería hacer un ciudadano es pedir una cita, o ir al especialista, hay que atender esas necesidades que ya he compartido con ustedes aquí, así que una reforma al sistema de salud, debería empezar por esas verdaderas prioridades que tiene la sociedad por resolverlo y que a lo largo de estos 27 años no ha sido posible, porque esto se convirtió en un negocio y aquí padece es la gente, la sociedad colombiana.

Así que yo invito de verdad a no ajustar más al sistema de salud, sino y/o hacerle pequeños remiendos o pañitos de agua tibia, lo que yo invito realmente es que esta Comisión tiene la oportunidad de hacer una gran reforma a la salud, al sistema de salud y eso implica a que hagamos una convocatoria amplia en los diferentes territorios, que sigamos hablando de esta problemática tan sentida para la sociedad colombiana y que eso se represente, se refleje en construir una reforma, una verdadera reforma a la salud para el buen vivir de los colombianos y las colombianas, yo agradezco muchísimo, señora Presidenta que está dirigiendo esta audiencia, el uso de la palabra y también dispuesta a escuchar a las personas que están hoy aquí, muchas gracias.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias, Senadora Victoria Sandino Simanca, por su intervención, efectivamente se están escuchando organizaciones sociales, hemos escuchado asociaciones de pacientes, hoy tenemos también la presencia de los gerentes de EPS de la circunscripción especial indígena, pues la idea es esa, escucharlos a todos y construir, ver esto como una oportunidad de construir una buena reforma a la salud en beneficio de un derecho fundamental, porque es que la salud es un derecho fundamental y es del interés de todos los colombianos.

Bueno entonces vamos a dar inicio, para escuchar a las diferentes personas que van intervenir el día de hoy, vamos a darle 10 minutos iniciamos con el doctor Willy Simancas Mendoza, delegado del doctor Juan

Mauricio González Negrete, Gobernador, encargado del departamento de Bolívar, tiene usted el uso de la palabra, doctor Willy Simancas, no le estamos escuchando por favor, habilitar el micrófono.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en el departamento de Bolívar, doctor Willy Simancas Mendoza:

Muy buenos días, doctora Laura, señor Presidente de la Comisión Séptima, demás miembros que integran esta importante Comisión y a los funcionarios del Gobierno nacional y a todos los asistentes a este importante espacio de participación y de concertación para lograr hacer los ajustes que el sistema realmente necesita y que pueda cumplir con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a las atoro ciudad.

En primer lugar me voy a permitir hacer en nombre del gobierno unas consideraciones al proyecto de ley, en términos generales, con relación a lo que tiene que ver con la política de salud pública, el proyecto plantea modificar el horizonte de tiempo de la formalización de plan de salud pública, nosotros consideramos que es muy difícil lograr en un corto tiempo de 5 años, pretender lograr cambios de hábitos saludables, esto no es flor de un día, es un tema bastante complejo la evidencia que tenemos tanto técnica, como empírica, nos demuestra que efectivamente lograr cambios de salud importante en la población no es en el corto plazo, de tal suerte que consideramos que en estos momentos sería pertinente mantener la lógica de la planeación en 10 años de los planes nacionales de salud pública, aún no hemos evaluado el impacto, los logros, aciertos y desaciertos, del plan del Cenal pública que hoy está vigente que culmina en el año 2021 y sería importante que nosotros conociéramos los resultados para no modificar ese escenario de planeación.

Es bastante también desgastante y complejo, estar haciendo formulaciones de planta y salud pública, cada cinco años, podemos revisar la experiencia que se tiene a nivel territorial en la formulación de los planes territoriales de salud dentro del horizonte-tiempo de 4 años y en su formulación generalmente en la práctica nos llevamos un año, mientras se concerta con la comunidades y luego hace el trámite establecido por el debido proceso para su aprobación y tanto a nivel de los gobiernos locales, municipales y a nivel de los gobiernos departamentales.

Creo que debemos mejorar si son la cultura de la medición y el cumplimiento de las metas y logros que se proponen a través de la aplicación de los planes de acciones, creo que allí es donde tenemos que hacer más énfasis y es lo que pensamos a nivel de nuestro gobierno, entonces recomendaríamos mantener el horizonte-tiempo de 10 años.

Con relación a la formulación de los planes territoriales de salud como complemento a esta política de salud pública, también se formulan el proyecto de ley, que estos sean formulados anualmente, es otro tema bastante desgastante, la legislación actual obliga a que las entidades territoriales deben formular esos planes dentro del horizonte de 4 años, de acuerdo a los periodos de gobierno, creo que es menester seguir manteniendo esa misma lógica de planeación y garantizar que su evaluación sea anual, en ese sentido pues nosotros consideramos no vale la pena hacer un esfuerzo en modificar esos tiempos.

Con relación a lo que plantea el proyecto de ley frente al talento humano, nos parece importantísimo considerar y dignificar y reivindicar el papel que ejerce los trabajadores de la salud en el sistema, creo que es una, en buena hora se reconoce esa labor y que debe garantizarse vinculaciones formales que garanticen todos sus derechos laborales y en ese sentido, nosotros estamos plenamente de acuerdo con la nueva concesión que se

plantea en esta ley, para evitar este tipo de contrataciones que van en detrimento a los derechos de los trabajadores de la salud.

Entonces creo que estábamos en mora, nosotros así lo consideramos y pensamos que el gobierno en este momento sí le apuesta seriamente a garantizar la protección de los derechos de los trabajadores de la salud, para evitar prácticas contra actuales que afecten esos derechos y que también contribuyan afectar la calidad y la seguridad en atención del paciente, eso me parece, nos parece valioso, que se haga un esfuerzo en ese sentido y de hecho lo hemos podido evidenciar en la pandemia, en estos momentos, todos bien sabemos la crisis que se ha vivido con el personal del sector de la salud, nos desnudó la pandemia, las practicas contra actuales no estaban garantizando el cumplimiento y la protección de esos derechos laborales y es importante en su consideración.

Con relación ahora a los temas, mas importantes desde el punto de vista del funcionamiento de la operación del sistema, el Gobierno departamental considera hacer, una serie de propuestas y de expresar sus puntos de vista, en lo que tiene que ver con la concesión de la focalización de los recursos del sector salud, nos parece un imperativo mantener, la política de focalización del subsidio hacia la demanda y no hacia la oferta, creo que eso ha sido un gran logro de este nuevo sistema, darle valor y colocar en el centro al usuario, al paciente, para que el recurso vaya detrás del paciente y no hacia una institución como probablemente con indicadores muy bajos de calidad, ponen en riesgo su seguridad y en ese sentido creo que el país avanzó muchísimo reduciendo inequidades y pensamos que es importante mantener ese criterio de focalización de recurso y que debería ser innegociable.

Ya otra cosa, es la discusión de cómo el Estado debe garantizar la administración y la operación del subsidio a la demanda y ahí es donde vamos a compartir lo que nosotros consideramos que debería hacerse para ajustar superación en el actual sistema.

Sabemos que Envío es un sistema nacional de salud la cobertura era muy baja, sabemos que a través del subsidio a la oferta no lográbamos garantizar cobertura plena, los hospitales a pesar de recibir el cien por ciento de los recursos que hoy se hacen a través de subsidio a la demanda no mejoraban sus indicadores, y en ese sentido volver al pasado no creemos que sea la mejor decisión.

Frente al actual sistema, que hacer, como corregir lo que cuestionamos que no funciona bien, creo que el aprendizaje que hoy tenemos nos va a permitir hacer eso y en ese sentido consideramos lo siguiente: valido el deseo de reducir mediante un proceso de depuración el tamaño de las EPS, y en se sentido nosotros pensamos que es la línea correcta, hay EPS que dentro del medio de la pandemia nos ha permitido evaluar que han logrado mediante un proceso de articulación con las entidades territoriales, lograr unos resultados satisfactorios en el control de la transmisión de la enfermedad, eso hay que reconocerlo, de igual manera en el logro de la ganancia de indicadores de salud es importante considerar que efectivamente esos ejercicios, esas contribuciones han sido muy buenas en el sistema nacional de salud, que se ven empañados por otros actores como aseguradores que no cumplieron su papel, lo reconocemos, pero en estos momentos nosotros consideramos que es importante mantener la política de aseguramiento, generando una mejor regulación de esa labor por parte de la aseguradora.

Me explico mejor, en la práctica nosotros estamos garantizando el desarrollo de esas funciones reconociéndole al asegurador el 8% de la UPC, para gastos administrativos, eso permitió que más, durante más de 20 años estas EPS, pudieran desarrollar una

importante competencia, pudieran desarrollar importante infraestructura para cumplir con la función de gestionar el riesgo en salud, creemos que ya esa financiación que se desarrolló fue suficiente para lograr esos grandes desarrollos y que es el momento para reducir ese monto, a raíz de que se van a lograr grandes tamaños a través de la depuración de las mismas.

Quiero compartir rápidamente, como se están distribuyendo los recursos, si me permiten compartir una pequeña diapositiva...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Desconecto el sonido.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en departamento de Bolívar, doctor Willy Simancas Mendoza:

Sigo con el sonido, ¿me escuchan?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sí señor, sí, doctor Willy.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en departamento de Bolívar, doctor Willy Simancas Mendoza:

Muy bien, entonces manifiesto lo siguiente, el régimen subsidiado, el Estado invierte más de 22 millones de pesos en su financiación, de los cuales el 8%.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Doctor, qué pena interrumpirlo, pero no estamos viendo la diapositiva.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en departamento de Bolívar, doctor Willy Simancas Mendoza:

Bueno me permitiré hacerlo verbalmente, el Estado está invirtiendo actualmente más de 22 millones de pesos en la financiación del régimen subsidiado, de los cuales el 8% se está orientando a la administración, por parte de las aseguradoras, eso representa más de un millón doscientos mil millones de pesos, que consideramos una suma astronómica, muy significativa, orientada solamente a gastos administrativos, una vez hecho el esfuerzo de la depuración de las EPS y lograr que estén tengan un mayor tamaño, se logran economías de escalas, que le van a permitir desarrollar sus funciones y eso debe garantizar que el Estado reduzca su porcentaje de administración que le reconoce a estas EPS, para la gestión de riesgo y en ese sentido nosotros consideramos que se debe reducir ese porcentaje del 8% hasta máximo un 5 punto porcentuales de la UPC.

Qué hacer con los tres puntos porcentuales, debería ser orientado a, el reconocimiento y el saneamiento de las obligaciones de las EPS que van a desaparecer del sistema, para garantizar la protección de la prestación de servicio tanto a los prestadores, como a su recurso humano, y a los proveedores que garantizaron la prestación del servicio a esas EPS que desaparecen del sistema.

Y en segundo lugar, parte de esos tres puntos, deberían ser utilizado también para fortalecer la infraestructura hospitalaria del país, sobre todo en el primer nivel de atención y en ese sentido consideramos que es importante tener recursos efectivamente focalizados y orientados a garantizar el fortalecimiento de la red hospitalaria en el país.

Que está ocurriendo hoy en la práctica, tenemos un sistema con muchas ambigüedades, toleramos la integración vertical, la limitamos al 30%, pero que en la practica la vigencia empírica está demostrando que

puede ser mayor, tenemos unos hospitales públicos a los cuales el legislador establece que se le debe contratar el 60%, de los recursos de la UPC, lo cual en la práctica no ocurre, a nivel de los territorios hay una pugnicidad entre las ESE del territorio, frente a las EPS, tratando de buscar la mejor tarifa posible, y todos sabemos que en la práctica esas tarifas no garantizan la operación de estos hospitales, los cuales generalmente a nivel de los territorios se convierte en la práctica y en un secreto a voces, de que es la pequeña bolsa de empleos en los municipios, después de las alcaldías, que no es el objetivo, ni la misión de los hospitales y en los peores de los casos, en la caja menor o mayor de algunos gobiernos de turno, lo cual afecta su operación y si a eso le agregamos, la baja tarifa con la cual se contratan los servicios, las entidades aseguradoras, vamos a tener siempre un ciclo permanente vicioso de instituciones al borde de la quiebra, donde hoy más del 50% está en camino a la liquidación, eso afecta la posibilidad de constituir el prestador primario, que tanto anhelamos para que se pueda desarrollar un modelo de atención, basado en atención primaria, creemos que la integración vertical que en estos momentos tienen las EPS privilegia el alto costo, privilegia el modelo curativo y no el modelo preventivo y creemos entonces que es mejor, superar esas ambigüedades, garantizando que las EPS, aseguradoras puedan lograr hacer la gestión de riesgo operando el primer nivel de atención, sacándolo de ese círculo vicioso de cambios de gobierno de manera recurrente, cada 4 años en el mejor de los casos, y en el peor de los casos cada año, con cambio de su gobierno corporativo, con injerencias políticas de carácter permanente en su administración.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Willy con mucha pena, la Presidencia le concede dos minutos adicionales, porque ya pasó los 10 minutos que se dieron, dos minutos adicionales.

Gerente Designado para afrontar la crisis del Covid-19 en departamento de Bolívar, doctor Willy Simancas Mendoza:

Ya voy cerrando, entonces estaba manifestando que para nosotros es importante corregir ese tipo de desviaciones y ese tipo de prácticas que hoy están funcionando en el sistema, no creemos que se pueda lograr el modelo de atención, basado en atención primaria, en la medida en que siga prevaleciendo ese sistema de contratación, donde se dan siempre pujas, en detrimento a la prestación de servicio y en detrimento a la calidad de atención de los usuarios.

Entonces esa es nuestra recomendación, que este aseguramiento pueda lograr tener la operación directa del primer nivel de atención, desentibando la posibilidad de que esté orientado a fortalecer la excusa de, que los primeros niveles de atención no son resolutivos, entonces resepan recursos para garantizar el alto costo, entonces me parece que es un sistema perverso y que deberíamos modificar, esa es básicamente la orientación que hacemos en ese sentido, muchas gracias.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias al doctor Willy Simancas en representación de la Gobernación de Bolívar y continuamos con la doctora Rosario Moscote delegada de la Secretaria de Salud de La Guajira, en representación del doctor Nemesio Raúl Roys Garzón, Gobernador de La Guajira, doctora Rosario tiene la palabra.

Secretaria de Salud Departamental de La Guajira, doctora Rosario Elena Moscote Suárez:

Bueno, muy buenos días, un cordial saludo para todos los asistentes en la mesa en el día de hoy.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Doctora discúlpeme nos puede activar la pantalla para verla, ya la estamos viendo muchas gracias.

Secretaria de Salud Departamental de La Guajira, doctora Rosario Elena Moscote Suárez:

Muy buenos días, un cordial saludo para todos, soy Rosario Moscote, secretaria de salud del departamento de La Guajira, en el día de hoy estoy acá también en representación de nuestro Gobernador el doctor Nemesio Roys Garzón.

En cuanto al tema de la reforma, nosotros, en el tema de las EPS, para nosotros generalmente en el departamento de La Guajira, ahora en el tema de la pandemia, la respuesta realmente fue muy baja, no puedo generalizar, porque realmente no puedo generalizar, pero la respuesta ha sido pues muy baja, y eso nos lleva al análisis de la situación a futuro para la reforma que se viene para nosotros.

Entonces la idea es tener en cuenta ese punto específico en el tema de las EPS, mirar y revisar la situación a futuro, el cual se debe, pues yo sé, se han hecho varias sesiones y sé que, ese tema es muy importante, la idea de la atención extramural, es fundamental, lo hablo por nuestro territorio, de La Guajira sabemos que tenemos áreas muy rurales, dispersas, población étnica, no solamente la Wayuu, sino la presencia de los Kogui y otras étnicas que están presentes en el territorio, por lo cual nosotros siempre tenemos en cuenta, en todas nuestras intervenciones y a futuro de estos proyectos que tengan en cuenta pues la parte étnica, el todo el tema cultural, el cual es muy importante para tener en cuenta en esta reforma, sobre todo la parte transmural que es fundamental, para los servicios de salud, en los cuales se ven afectados varios programas de salud, por de pronto, también hay que tener en la cuenta el acceso de las vías, el agua potable, creo que eso es fundamentales todos esos factores que intervienen y son fundamentales para todo el proceso de la reforma de la salud, para toda Colombia.

Eso quería pues hacer mi explicación específica, tener muy en cuenta la parte cultural, étnica cultural, teniendo en cuenta nuestro territorio, sobre todo trabajar mucho en la parte extramural, que es fundamental y beneficiosa para toda la comunidad del departamento de La Guajira, muchísimas gracias.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchísimas gracias a la doctora Rosario por su intervención y continuamos con la doctora Nancy Cañón Mesa, representante de Acesi Santander, doctora Nancy.

Representante de Acesi Santander, doctora Nancy Cañón Mesa:

Muy buenos días, voy a compartirles pantalla, por favor me avisan cuando ya la estén viendo la pantalla.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ya la vemos, doctora Nancy.

Representante de Acesi Santander, doctora Nancy Cañón Mesa:

Bueno muchas gracias por la invitación, en representación de la Asociación de Hospitales de Santander Asehisan, hacemos parte de la Junta Directiva de Acesi, queremos manifestar nuestras observaciones al Proyecto de ley número 010, que es muy importante para el sector.

Tenemos unas expectativas del Proyecto de ley número 010, como es la reforma estructural a fondo del sistema de salud colombiano, que haya solución a los problemas

que afloraron con la pandemia, como fueron diferencias marcadas en las regiones, un talento humano en salud, que no tenía unas condiciones dignas, para laborar, una reforma pensada en el usuario y fortalecimiento de la entidad territorial.

Qué nos encontramos nosotros, perdón, que nos encontramos con el proyecto, el proyecto de ley tiene 68 artículos de los cuales 34, es decir, el 50% quedan pendientes de reglamentar, es un proyecto que solo maneja 20 artículos nuevos, y los restantes ya son artículos, ya incluidos en otras normas como la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 del 2011 y la ley estatutaria 1751 de 2015 que aún tiene artículos sin reglamentar por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se revive el Mías con varios de sus planteamientos en lo referente a prestación de servicios.

Vemos que este proyecto de ley es regresivo en el derecho a la salud, porque pasa de un plan de beneficios donde todo está incluido y hay un listado implícito de sesiones que lo establece la ley estatutaria, aun Plus, un plan único de salud implícito que casi que nos devuelve a la Ley 100 del 93, situación que de entrada es inconstitucional, porque para reformar la ley estatutaria, solo debe hacerse con otra ley de la misma jerarquía.

Además se devuelve a un derecho prestacional y no un derecho fundamental en donde es necesario incluir un concepto más amplio, entre el concepto de salud como es el hecho determinante sociales y la necesidad de participación de otros sectores para el abordaje de los mismos.

Por otro lado, el núcleo del proyecto modifica el rol de las hoy EPS, hacia aseguradoras en salud, lo cual legaliza la intermediación financiera que han hecho a lo largo de los años, con el agravante que uno vez los recursos ingresan a sus cuentas se convertirán en recursos privados, como ocurre con un aseguramiento comercial.

En cuanto al tema de salud pública, vemos que están modificando la Ley 1438 del año 2011, pasando de un plan de salud pública, de 10 años a 5 años, y debemos considerar que el componente salud pública no solamente son intervenciones colectivas y no pueden limitarse a un PIB, es necesario que se incluyan interacciones con los diferentes sectores de la población, como lo establece claramente la ley estatutaria y la política de atención integral de salud, igualmente el plan básico de promoción y prevención, y gestión de riesgos pasa a planes anuales de a dos años.

Igualmente algo muy importante es que le devuelven la responsabilidad a las entidades territoriales para la conformación de la red, esto es muy importante porque siempre lo habíamos solicitado, pero es importante incluir dentro de las derogatorias de la ley, la Resolución 1441 del 2015 pues va en contravía de lo que se está manifestando en este artículo.

En cuanto a la gestión integral del riesgo, vemos que hay un cobro de cuotas moderadoras, al cumplimiento o no de los lineamientos del autocuidado de los usuarios, consideramos que esto puede generar barreras de acceso al usuario, incluso convertirse en una excusa para el cobro de cuotas moderadoras como parte y financiación de las aseguradoras en salud, e inclusivo de IPS.

También las aseguradoras en salud deben contar con un sistema de información y monitoreo de riesgo a los usuarios, en este momento se debe fortalecer un sistema de información único, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto al agrupador único nacional, es muy importante que se tenga en cuenta en la estandarización que se busca a través del agrupador, deben tener en

cuenta las diferentes variables que pueden afectar los costos de los procedimientos, como es la dispersión de la población, talento humano necesario, de su ubicación y equipos utilizados para las tecnologías necesarias, vemos con muy buenos ojos que haya un fortalecimiento del prestador primario de salud.

En cuanto a aseguramiento, como ya lo manifestaba el proyecto de ley cambia, el nombre de EPS, a su denominación legal aseguradoras en salud, el concepto de aseguradora modifica el concepto de seguridad social y lo convierte en un seguro comercial, con este cambio se legalizan la intermediación financiera, que han realizado las EPS, a través de los años y permite que utilicen los recursos de la seguridad social como propios en la medida de que se convierte en un seguro comercial, se privatizan los seguros que son públicos y con destinaciones específicas para la salud, va en contravía de la ley estatutaria y consideramos que es inconstitucional.

Igualmente vemos que hay una unificación de planes de beneficios como ya lo mencionamos, la ley estatutaria establece un plan todo incluido con una excepción de listado de excepciones implícitas, por tanto consideramos que esto también es inconstitucional, pues no puede cambiar esta ley, lo que ya está establecido en la ley estatutaria.

En cuanto el gasto de administración, es un artículo contradictorio, pues habla de gastos de administración por un lado y luego nos habla de un porcentaje de prima, entonces no sabemos si son realmente administradoras o aseguradoras, hay un limbo en este artículo.

En cuanto el modelo de atención, vemos con muy buenos ojos como ya he dicho que se retoma el concepto de prestación primario, aunque ese concepto ya está en el país, pero no ha sido reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, ni se establece el modelo que se encuentra en la ley estatutaria, pero igualmente en este proyecto de ley queda para reglamentación.

Las aseguradoras deben informar la inscripción de cada usuario el prestador primario, eso ya está, ya existe, y a la red que pertenece, se toman conceptos que están incluidos en la 1432 del 2001, como es, y establecemos en el país MIAS, como es la interoperabilidad, pero no plantea la forma de financiación como se hace esa tele salud e interoperabilidad y la atención integral de redes, pues, es un concepto del prestador primario y complementario, que es importante, que está establecido también ya en la ley estatutaria, en donde desaparecen los niveles de atención y se tiene es habilitación de servicios de salud.

En cuanto a las empresas sociales del Estado, este capítulo que nos afecta tanto a nosotros los hospitales públicos, son 4 artículos que todos quedan para reglamentar, y no se plantean grandes cambios que se van a realizar.

Entonces es importante resaltar que todo lo relacionado con la creación y funcionamiento de las entidades sociales del Estado fue definida mediante una ley, por tanto, sería inconstitucional dejar toda la definición y estructura de los hospitales a reglamentación del Ministerio de la Protección Social, esto es necesario que sea definido mediante ley.

Vemos también que se embozan los reglamentos de requisitos mínimos y generales de funcionamiento de las empresas sociales del Estado, pero no habla de recurso humano y su financiación en las ESE, el cual actualmente se encuentra en un gran porcentaje tercerizado, lo cual hace difícil el cumplimiento de las normas actuales, si recordamos en días pasados la Corte Constitucional se refirió a este tema, en donde nos recuerda a las empresas

sociales del Estado, que debemos tener esas personas, dentro de la nómina, pero para tener un trabajo digno y remunerado, pero no nos habla de financiamiento, entonces es importante que se incluya en este proyecto de ley en la financiación del talento humano de las ESE, para su vinculación laboral.

En cuanto al tema de contratación con la red pública, debemos reportar que la Ley 1122 del 2007, establece en su artículo 16 como debe ser esa obligatoriedad del régimen subsidiado para contratar el 60% con las entidades, con empresas sociales del Estado, han aparecido nuevas modalidades de contratación a través del PGP que han sido mal elaborados y hay que recordar que en este país, en un 70% de los municipios del país, los únicos prestadores es un hospital público, por tanto es importante dejar claramente establecido el porcentaje de contratación, no limitar a las aseguradoras que se financian con recursos no provenientes de las cotizaciones, es decir hoy, EPS de régimen contributivo que sigan sin la obligatoriedad de contratación a pesar de que hay un único prestador en esos municipios y que es residencia del usuario.

Tenemos grandes problemas en este sentido, debido ahora con la liquidación de EPS liquidadas de régimen subsidiado, en las cuales el régimen contributivo ha adquirido usuarios del régimen subsidiado y no ha sido posible que estas EPS de régimen contributivo contraten con las empresas sociales del Estado, por eso solicitamos que no quede este artículo tan ambiguo, sino que haya una obligatoriedad de contratar con la empresa social del Estado.

Vemos también que el proyecto de ley amplía el paso de pago por evento del 30, 90 días, eso afectaría muchísimo el flujo de recursos para las empresas sociales del Estado y no va a solucionar el problema de cartera, es importante tener en cuenta la Sentencia 540 del 2001, en donde dice, que a grueso modo los que nos dice es que las empresas sociales del Estado no están para generar rentas, sino para cumplir su misión que es la prestación de servicios de salud e igualmente el proyecto de ley vuelve y nos habla de los programas de saneamiento fiscal y financiero y nosotros consideramos que estas no son las soluciones para las empresas sociales del Estado.

En un estudio que hizo el Ministerio de Hacienda con 70 empresas sociales del Estado, durante los años de las vigencias del 2014 al 2018, en donde se redujeron considerablemente los gastos y hubo un mínimo de incremento de ingresos debido a las condiciones de las empresas sociales del Estado, se vio que realmente no hay un avance en estas empresas sociales del Estado y que los problemas de las empresas sociales del Estado, se refiere es a la iliquidez del sistema, en decir, al pago de las EPS que tienen una cartera actualmente de 9.4 millones de pesos y por tanto no es eficiencia de las EPS, de las empresas sociales del Estado, sino que debe haber una obligatoriedad de que las EPS, paguen las deudas que tienen en este momento con la red pública hospitalaria.

Como conclusiones tenemos, que no vemos en el Proyecto de ley número 010 que haya una solución a las dificultades que actuaron en la pandemia, tenemos un talento humano mal remunerado, hay grandes diferencias entre el desarrollo de infraestructura y dotación, con baja capacidad resolutoria en zonas alejadas y apartadas, las ESE, dependiendo de ventas de servicios y el proyecto continua viendo a las empresas sociales del Estado, como empresas que deben generar un equilibrio financiero y que debemos depender de la venta de servicios y también el proyecto genera opciones para administración de redes a través de privados, que la cual es una gran amenaza para el hospital público.

Por lo tanto se necesitan unos cambios importantes, desarrollar una política pública de fortalecimiento a la red pública hospitalaria, que se garantice la financiación adecuada de los hospitales públicos que no dependan de las ventas de servicios, que los servicios que presten la red pública hospitalaria estén organizados acorde a las necesidades de la población territorialmente y que garanticen el trabajo digno y decente de sus trabajadores, esos son los temas que tenemos, que quiero dejar sobre la mesa, muchas gracias por la invitación y espero que el proyecto de ley dé un vuelco, porque así como está planteado, no quisiéramos que siguiera su curso, muchas gracias.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias a la doctora Nancy por su intervención, le agradecemos a ella y a todas las personas que tengan su presentación que las hagan llegar a la Comisión Séptima para que también quede en el archivo de la Comisión, continuamos con el Colegio Médico Colombiano con el doctor Stevenson Marulanda, voy aprovechar y voy anunciar quienes serán las siguientes intervenciones para que estén atentos, luego continuaríamos con el doctor Juan José Rey, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en representación también de Ascofame y luego continuaría la doctora Nidia Beatriz Castañeda Presidenta de Sindess Magdalena, que no contestó el llamado pero ya se encuentra en plataforma le correspondería la intervención, entonces, doctor Stevenson Marulanda del Colegio Médico Colombiano, usted tiene la palabra.

Colegio Médico Colombiano, doctor Stevenson Marulanda:

Bueno muchas gracias por invitarme, yo soy médico cirujano, y muchas gracias por invitarnos y queremos participar positivamente en esta propuesta y hacer algunas observaciones.

Lo primero es que nosotros no somos expertos en financiamiento, en administración de sistemas, recursos y todas estas cosas de que ustedes están hablando, nosotros representamos un colectivo de científicos, de docentes, de profesores, de investigadores, por eso consideramos importantes que nos hayan tenido en cuenta porque, en el sistema de seguridad social cualquiera sea, lo más importante tanto como la administración del sistema, tanto como el aseguramiento es, lo que hacemos nosotros y yo si quisiera que pusiera mucho cuidado Honorables Senadores y Representantes y la nación entera, cual es el momento de pronto más importante de un sistema de seguridad social, de salud, así como el átomo es lo más importante de la materia, el gen es lo más importante en la biología, el brain es lo más importante en la informática, lo más importante tanto como lo que ustedes están hablando, es el acto en salud, ese acto que conecta a lo que ustedes hacen, con la masa de pacientes y yo voy a leer, porque lo escribí, en nombre del Colegio Médico que es un acto médico, pero quisiera ampliarlo a que es un acto en salud, miren, es el conjunto de prácticas, y habilidades clínicas, determinadas y específica, reconocidas, típicas, ilícitas, ejecutadas apropiadamente en un concreto y exacto momento a una persona sana o enferma, bajo su pleno consentimiento informado o el de sus familiares, por un profesional de la salud idóneo, como su fiel cuidador, servidor, protector, escudero y compañero, es que el médico o el profesional de la salud no solamente cura, sino que acompaña y eso es lo que ha perdido el humanismo, los sistemas de salud, cuando están basados solamente en la competencia comercial, como un medio cuya intención y voluntad, van dirigidos a conseguir los

siguientes fines: diagnosticar, curar, rehabilitar, aliviar, consolar, aliviar o promover su estado de salud y prevenir potenciales enfermedades futuras.

Además de dar fortaleza espiritual según las circunstancias de modo, tiempo y lugar donde suceda indeterminado acto de salud, con esto queremos decir que es importante que se tenga en cuenta, la parte también importante de la prestación de un servicio de salud que es, porque este gran colectivo de nosotros hacemos.

También quisiera mencionar antes de analizar algunos aspectos, específicos del proyecto, lo que nosotros consideramos que es importante y que representamos en la nación y es el concepto de capital social, el capital social es la suma logarítmica y exponencial del trabajo mancomunado de vocaciones, de estresas, habilidades, haberes, y conocimientos que hacemos todas las personas que conformamos una nación, el capital hace referencia entonces, el capital social hace referencia al trabajo mancomunado que hacemos todos, los profesionales de la salud representamos un capital social importante, que nosotros nos hemos dado cuenta que en este proyecto de ley, no estamos siendo de pronto tenidos en cuenta y como se trata de dignificarnos, pensamos que en el artículo por ejemplo, el artículo 6 que se habla de integrantes del sistema de la salud, que dicen que conforman el sistema de salud el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas, nosotros vemos que no nos, han tenido en cuenta, en este artículo 6°, de manera que, nosotros pensamos que nos deben tener en ese sentido en cuenta.

Dentro del, para ser más exacto entonces, voy a referirme al tema del artículo, voy a referirme a los artículos que hacen referencia al talento humano en salud, mire nosotros consideramos que el talento humano en salud, los artículos 44, 45, 46 y 48, deberían, voy a referirme a la damnificación de que trata la ley, ya hay suficientes normas en Colombia que tratan del tema de la damnificación, de los médicos de este país, empecemos por el código de ética médica del Evepir del 81, es decir, lo que está dicho en el tema del talento humano en salud, lo que ya se dijo es una repetición, nosotros consideramos que los artículos del talento humano en salud y la damnificación, la verdad no están cumpliendo con su cometido, quiero decirlo, porque ya están reglamentado en la normativa colombiana, están normatizadas lo que podría dignificarnos, ya por ejemplo hay leyes suficientes que ya dignifica la profesión médica, entonces lo que estamos es repitiendo.

Por ejemplo está el Código de Ética Médica, está la Ley 1429 de 2010, que dice exactamente lo que dice el artículo, donde mencionan la dignificación del trabajo médico, entonces se repite, nosotros pensamos que es mejor y perdóneme un poquito la confusión, pero voy a resumir, es mejor que en el tema del talento humano en salud, esos artículos no vayan, ¿Por qué?, porque el artículo por ejemplo 49 que habla de la dignificación del médico, lo que hace es una serie de enunciados, hay más normas reales que están escritas y lo que tenemos que hacer es hacerlas cumplir.

Por ejemplo, tenemos la Ley 1429 del 2010 que prohíbe la contratación a través de cooperativas, tenemos las fallas de la Corte Constitucional, que ya en sentencias, ya han dicho que el trabajo misional, aquel trabajo que es real y no debe ser contratado por orden de EPS, entonces no se está dignificando realmente el profesional de la salud, yo me recuerdo a Emile Durkheim escribió un libro que se llama *El Suicidio*, donde las personas se suicidaban porque las normas no se cumplían, lo que quiero decir es que hay suficientes normas, bastantes que si las hacemos cumplir como por ejemplo ayer un

fallo de la Corte Constitucional le dio la razón a unas enfermeras, porque las estaban contratando por orden de prestación de servicio, sin necesidad de esta ley, entonces hay contrato realidad que yo creo que ya es suficiente.

De manera que, nosotros pensamos que la ley del talento humano ya está hecha, yo también quiero que tengan en cuenta que es la Ley 1164, que ya reglamenta, es decir, el capítulo que hace referencia al talento humano en salud y a dignificación de los profesionales de la salud no opera y más bien deberíamos, yo les pido de verdad, con sinceridad y con honradez, que más bien reglamentemos que tengan en cuenta y que busquen la Ley 1164 de 2007, que inclusive crean unos organismos importantes para desarrollar el talento humano en salud y les voy a leer por ejemplo, se crea el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, como un organismo asesor del Gobierno nacional, con unos comités, entonces eso para referirme al talento humano y a la dignificación de los profesionales del sector salud, que no vale la pena de verdad hacer este tipo de enunciados vacíos que no van a llevar a ninguna parte. Una cosa que queremos nosotros es que, si nos gusta y le gusta a la mayoría de sectores y es la atención primaria en salud, nosotros vemos con buenos ojos la implementación del modelo de atención que propone el sistema en sus artículos 24 y 47, pero no me quiero despedir sin leer este artículo, que es el 48, que yo quiero que le pongamos atención, dice: programas de formación continuo y competencia en medicina general, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñara y ejecutara un programa nacional, de formación y actualización de competencias de medicina general, con enfoque familiar comunitario, dirigido a los médicos que prestan sus servicios a prestadores primarios en todo el territorio nacional, este programa será ejecutado a través de las aseguradoras y las IPS, es decir, no es posible, que se le entregue la educación a las aseguradoras, ya es suficiente con que administren los recursos, ya es suficiente que manejen el aseguramiento, pero de verdad rogamos que por favor no le entreguen la educación médica a los aseguradores.

Yo quiero decirles a ustedes, que en este país ese colectivo, ese capital social que desde el principio, un poco ofuscado es importante y lo representamos la Sociedad de Científicos, yo quiero que ustedes sepan que en Colombia hay 55 Sociedades Científicas y están representadas en la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, cuando le cayó la manzana en la cabeza a Newton, Newton tuvo que ir a la Sociedad Científica de Londres a presentarle a sus pares académicos lo que estaba haciendo, lo mismo hizo el que descubrió el gen Mendel, las sociedades científicas, son un invento de la sociedad civil de occidente, son las personas que hacen posible que exista la ciencia.

En Colombia nosotros hace 100 años estamos organizando ese colectivo de sociedades científicas, y representamos en capital social que les decía, porque hacemos ciencia y esas sociedades científicas hace tanto tiempo están haciendo, la educación médica continua de este país y no es posible que en el artículo sexto las sociedades científicas no aparezca, es decir si nos van a dignificar, no va hacer por el lado del talento humano, del capítulo 7 y 8, y ahora ignorándonos como integrantes del sistema, en ese capítulo 6, también nos están denegando la posibilidad de que nos reconozcan, como les van a entregar, la educación de los médicos generales, de los médicos de familia, se la van a entregar a los aseguradores y van a ignorar ese capital científico de las Sociedades Científicas que siempre han hecho la educación médica continua, de este país, compartiendo con las universidades.

Entonces para terminar y redondear un poco, nosotros sí apoyamos el modelo de atención primaria en salud, voy a terminar diciendo, leyendo una sentencia, una frase lapidaria que dijo el Presidente Alfonso López Michelsen, en *El Tiempo* 30 de abril del 2000, pagina 5ª, dice el Presidente López en un titular, requiem por la profesión médica, requiem por la profesión médica, no tuve la fortuna de pertenecer a una familia de médicos, pero en cambio pertenecía a una generación en la que el medico acababa formando parte de la familia, cuyos pacientes atendía, en realidad eran dos, el que atendía a los niños y el que atendía a los padres, apenas 7 años después de haber sido promulgada la Ley 100 del 93, el ex Presidente López en unas de sus proféticas columna dominicales de *El Tiempo*, declaró de manera enfática y solemne la defunción de la profesión médica, porque dijo réquiem por la profesión médica.

Porque lo hizo, porque después de esa temprana infancia normativa, el Presidente liberal, ya observada con su acostumbrada agudeza y con cierta nostalgia, evocando la posible Santa Fe que lo vio crecer que la cultura de la rentabilidad económica y corporativa y su mano invisible que recién inauguraba en la década, ya comenzaba a deformar y volver irrelevantes e inciertos a los tradicionales médicos de familia y a la medicina como profesión lideral en Colombia, el jefe del movimiento revolucionario liberal se percató del deterioro, de la dignidad y valores hipocráticos y de su respeto social y de esos primeros tiempos, deslumbraba que un médico y sobre todo un médico general o de familia, paradójicamente no tenía ni como sostener, ni sacar adelante a su propia familia y menos ser un individuo exitoso.

Nosotros creemos que el modelo de atención primaria en salud con base en un equipo que lidera un médico, es la solución del 85% de los problemas de salud, como dice la academia, la academia nacional de medicina está de acuerdo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Stevenson, lleva 17 minutos, dos más y completa 20.

Colegio Médico Colombiano, doctor Stevenson Marulanda:

Bueno entonces para redondear diciéndole que es importante que el modelo de atención primaria en salud sea un hecho, que la mayoría de actores del sistema están de acuerdo, que lo apoya la Asociación Colombiana de Facultad de Medicina, que lo apoya la Academia Nacional de Medicina, que lo apoyamos nosotros pero, hay que hacer una cruzada con el Ministerio de Educación, porque el Ministerio de Educación, que además el Ministerio de Educación se me había olvidado, no está de acuerdo con ninguno, póngale cuidado, el Ministerio de Educación no está de acuerdo con ninguno de los proyectos del talento humano, dicen que son inconstitucionales por aquello de la autonomía universitaria o que son inconvenientes, de manera que vuelvo y repito, todos los artículos del talento humano se caen, porque el Ministerio de Educación no los va acompañar, nosotros si quisiéramos que acompañara el que habla de la medicina familiar, porque es una necesidad y recupera de pronto el tema de la defunción de la profesión médica, porque por ahí podemos recuperar la profesión médica, sobre todo los médicos de familia es importante como dijo el Presidente López, de manera que son esas cosas, al principio no pude decir bien, porque me confundí, me desconcentre, pero quiero que tengan en cuenta esas cosas.

El proyecto en general, pues tiene sus cosas feas, porque, buenas, regulares y malas, dentro de las buenas esta insisto el tema del modelo de atención, dentro de

los feos que no nos ignoren que tampoco le entreguen la educación médica continua a los aseguradores y bueno sería ese tipo de cosas y que el artículo este que habla de la dignidad, es un solo artículo, pero es una serie de enunciados vacíos que es la verdad no dice absolutamente nada, y hay más normas que sustenta y que lo hay que hacer es valer eso y por favor, tenga en cuenta que la ley del talento humano en salud, eso ya está legislado y son leyes que no se cumplen, esa ley es inoficiosa, parece que se hubiera hecho por no dejar, la Ley 1164, hay está con 4 capítulos quiere sustituir un esfuerzo legislativo que se hizo en el año 2007, donde está desarrollado, lo que falta es que el Ministerio desarrolle la ley del talento humano en salud, bueno era eso.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchas gracias, doctor Stevenson Marulanda, por sus apreciaciones, igual cualquier observación adicional pueden hacerlo llegar a la Comisión Séptima de manera escrita y le agradecemos mucho todas esas observaciones frente al proyecto de ley, muchísimas gracias y continuamos entonces con el doctor Juan José Rey, decano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga en representación también de Ascofame, continuaría para que se vaya preparando la doctora Nidia Beatriz Castañeda Presidenta de Sindess Magdalena y luego para su preparación la doctora Beda Margarita Suárez, Gerente de la EPS, de la Circunscripción Especial Indígena, saludamos entonces al doctor Juan José Rey, tiene usted la palabra.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB Ascofame, doctor Juan José Rey:

Honorable Senadora Laura, muy buenos días, saludo también a todos los honorables Senadores de la Comisión Séptima de Senado, a todas las personas invitadas, representando desde las escuelas de medicina desde Ascofame, en donde tanto las universidades santandereanas, como las de la costa Atlántica ocupamos alrededor de un 30% de la oferta académica que se da en todas las ciencias de la salud.

En este sentido, nosotros desde Ascofame, hemos asumido una posición que hemos notificado, en su debido momento a esta importante Comisión, y yo me voy a permitir pues hacer un énfasis y también reiterar algunas de las observaciones inquietudes que tenemos con este importante proyecto de ley.

Vemos con muy buenos ojos que el proyecto de ley incluya un capítulo, que es el capítulo séptimo al cual es el único capítulo que nos vamos a referir por ser de interés, en el proceso de formación del talento humano, que se busca consolidar dentro de la ley la fortaleza que debe tener un sistema de información que sirva de base para la toma de decisiones, muy importante que eso quede explícito y que obviamente nos obliguemos desde todos los sectores a contribuir para que el talento humano en salud tenga un verdadero sistema.

Fíjense ustedes hoy, cómo en medio de esta pandemia los sistemas de información epidemiológica, se han vuelto muy importantes en las tomas de decisiones, pues bien en materia de talento humano en salud, tenemos unas falencias enormes en términos de lo que es la información de nuestro talento humano.

También vemos desde Ascofame, con muy buenos ojos todas las medidas complementarias que quieran tener para avanzar en el desarrollo nacional de residencias médicas, es un paso histórico el que se dio, hace unos años con la aprobación de esta ley del sistema nacional de residencias médicas, estamos apenas en su

implementación, y es bueno que esta ley acoja algunos aspectos para seguirla fortaleciendo.

También el promover la formación de médicos especialistas acordes a las necesidades del país y en ese sentido también recogemos y nos unimos al Colegio Médico Colombiano para hacer el pronunciamiento respecto al fortalecimiento del modelo de atención primaria y también de la promoción de la especialización de la medicina familiar, es algo muy, muy importante.

También queremos, hacer notar en este proyecto de ley, que entidades como Ascofame, como se mencionaba ahorita, como las sociedades científicas, hemos venido teniendo un papel, un desarrollo, un protagonismo que el país no solamente debe reconocer, sino que es conveniente y en eso yo estoy seguro que ustedes Honorables Senadores, van a tener muy en cuenta, las recomendaciones, el deseo que tiene, por ejemplo nosotros somos 62 escuelas de medicina, de esas 55 están representadas en Ascofame, una Asociación que hace poco cumplió 60 años y que le ha dado al país realmente un prestigio de calidad en la educación médica colombiana, somos un país referente a nivel internacional por la forma como nosotros formamos nuestros médicos, se cree mucho, se le da el prestigio al médico colombiano, como lo debe ser y en ese sentido Ascofame ha jugado un papel histórico, importantísimo, papel que no queremos que sea, en ningún momento pues obviamente minimizado.

Queremos hacer unas observaciones muy puntuales, al articulado que esta en este capítulo séptimo, que queremos que ustedes tengan en cuenta, si bien es cierto, el sistema de información que está en el artículo 43, manifiesta unos propósitos muy importantes, se perdería el norte, el objetivo real de su utilidad, si únicamente lo dejamos en la ley para que sea utilizado sus resultados como lo plantea el parágrafo 1°, sencillamente para construir una serie de indicadores que apoyen el trámite de la aprobación de unos registros calificados, nos parece que es un esfuerzo enorme que va implicar el concurso de todos los actores, de una inversión muy importante para que el sistema realmente funcione y consideramos que es la base para que el Congreso de la República deje plasmado en la ley que se tiene que construir una política nacional de formación, distribución y empleabilidad del talento humano en salud.

Hoy parte de las herencias que nos va a dejar esta pandemia, es precisamente la importancia que tiene el talento humano en salud en nuestro país y en el globo terráqueo, pero el talento humano en salud adolece de una política nacional y nos parece que el hecho de que tengamos un sistema de información que nos permita conocer, donde están las falencias, en que falta que nuestro personal de salud adquieran mejores competencias, en donde se debe entrenar, como hacemos para incentivar y comprometer a todos para que la distribución de ese talento humano sea más equitativa, para que pueda llegar a los territorios, por ejemplo como lo mencionaban ahorita los voceros de La Guajira, etc.

Esto requiere una política pública nacional, y nos parece que el sistema de información es un insumo fundamental, no perdamos esta posibilidad, para que ese artículo 43 se le quite un parágrafo que nos parece que es una utilidad muy tenue que se le puede dar a un sistema de información que puede dar mucho más.

En segundo lugar, queremos también exponer que estamos completamente de acuerdo, que debe existir un programa nacional para el ingreso a las especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas como lo expresa el artículo 44, sin embargo nos preocupa muchísimo, que para diseñar ese programa, para garantizar el acceso se deje prácticamente al Ministerio de Salud y Educación,

con un apoyo de otras instituciones pero sinceramente para un programa de ingreso a especialidades clínicas, el papel protagónico de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina es indispensable y solicitamos muy respetuosamente que quede explícito porque se trata de los formadores de esos especialistas clínicos-quirúrgicos.

Recuerden ustedes que desde la creación de Ascofame y hasta hace poco, con la ley de la educación, Ascofame fue el agente en certificador de las especialidades clínico-quirúrgicas de nuestro país, hemos venido construyendo después del consenso en Montería en 2017, un concejo general de la educación médica que tiene tres salas, en pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente y la sala de posgrados trabaja de manera mancomunada con presencia también de los Ministerios, de las asociaciones científicas, de la asociación colombiana de universidades, de la academia de medicina, buscando precisamente un ejercicio también de auto regulación, el que nosotros podamos darle al país, este tipo de elementos como un programa nacional para el ingreso a las especialidades médicas.

Consideramos que ese recorrido, esa trayectoria, esos haberes, esos consensos que sean creados, tienen que ser reconocidos por el Estado colombiano y si una ley de la república en un artículo 44, dice que el programa lo haga el Ministerio, pues obviamente todo este trabajo de décadas y el trabajo del consejo general de la educación médica va a quedar a un lado, en ese sentido insistimos en que el artículo 44, quede claramente la participación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

También se enuncia el hecho de que debe existir un examen único nacional de ingreso, nosotros en ese sentido estamos de acuerdo como Ascofame, en el requisito que el país pudiese tener la presentación de un examen unificado que es distinto a único, examen unificado de selección, pero tratándose de las especialidades médico-quirúrgicas, en donde ustedes saben un residente, es una persona que va a estar mucho tiempo formándose, que por eso se llaman los programas de residencias, 3, 4 años en un proceso de formación, donde necesitamos las universidades también, seleccionar los mejores seres humanos, y en una prueba única nacional, muchas veces hecha de manera virtual, donde se le miran los aspectos inherentes al conocimiento de una persona, no se logran llegar al conocimiento, de otros elementos que son fundamentales en el profesionalismo, en la ética, en la integralidad, en los valores y principios que debe tener un médico general que aspire a ser especialista.

Por lo tanto muy respetuosamente también hemos solicitado en esta carta que hemos dirigido al Congreso y que sabemos que ya está publicada y reconocida, que ese examen sea tenido en cuenta para el ingreso, entre otros mecanismo de selección, porque obviamente las universidades tenemos que, en nuestra autonomía también poder seguir indagando en entrevistas, en evaluaciones, en exámenes de la hoja de vida, la posibilidad de escoger los mejores perfiles, para que los especialistas que tiene Colombia, que repito son muy reconocidos, podamos seguir garantizándoles a nuestros ciudadanos el mejor talento humano.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Rey, se le agotaron los 10 minutos, la Presidenta le concede dos minutos adicionales.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB Ascofame, doctor Juan José Rey:

Perfecto muchas gracias, ya voy terminando, en el artículo 46 de las denominaciones de las especialidades

médicas, importantísimo, llevamos dos años en Ascofame desarrollando un trabajo en consenso para definir esas denominaciones de las especialidades médicas, tengamos en cuenta y que obviamente el artículo termine diciendo, que esas denominaciones se hagan con base en un estudio previo, en donde la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina es muy importante que participe.

Por último, queremos también hablar de este tema, del desarrollo profesional permanente, como lo hemos llamado, no solamente es educación continua, porque el desarrollo profesional incluye, no solamente educación, sino otros elementos más allá de un diplomado, o de un curso, de un congreso, y allí también queremos que se genere desde la ley, un sistema de calidad, porque no puede cualquier oferente ir a dar y a ofrecer un curso a los médicos de una EPS o de una aseguradora, tenemos que dejar en la ley que exista un sistema de calidad, en Ascofame lo estamos ya diseñando, lo podemos compartir y unificadamente con el Ministerio, poder ofrecer para que se garantice la calidad de este tipo de programas que plantea el artículo 48, para que no se nos convierta la educación y la formación del talento humano en salud, en una oferta de muy baja calidad, que de pronto vaya en detrimento de la formación de nuestro talento humano en salud, muchas gracias por la oportunidad.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

A usted, doctor Juan José, en nombre de Ascofame, en representación de Ascofame, muchísimas gracias por sus aportes frente a los artículos específicos relacionados, bueno continuamos, hace el último llamado a la doctora Nidia Beatriz Castañeda Pertuz, Presidenta de Sindess Magdalena si se encuentra en plataforma, que no ha contestado el llamado, y si no es así, continuamos con la doctora Beda Margarita Suárez Gerente Anaswayayuu EPS de la circunscripción especial indígena y se prepara el doctor Juan Carlos Giraldo director General de la Asociación Colombiana de Hospitales.

Gerente Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, doctora Beda Margarita Suárez:

Muy buenos días, por favor permita que hable el doctor Juan Carlos Giraldo, mientras voy organizando eso, voy organizando unos temas acá técnicos.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ah bueno, correcto, va hacer alguna presentación, si requiere la asistencia del equipo técnico de la Comisión.

Gerente Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, doctora Beda Margarita Suárez:

No señora, yo hago la lectura.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ah bueno perfecto, entonces tiene la palabra el doctor Juan Carlos Giraldo de la Asociación Colombiana de Hospitales, se encuentra presente en plataforma, parece que no se encuentra en plataforma, seguimos entonces con la doctora Silvia Caña Lobelo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Me repite Presidenta por favor.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

La doctora Silvia Caña Lobelo Subdirectora de Salud-Guajira, creo que también está en presentación el doctor Yailton Lindo Ruiz, de Confamiliar-Guajira, se encuentra en plataforma.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sí está el doctor.

Confamiliar Guajira Yailton Lindo Ruiz:

Sí estoy, aquí presente Yailton Lindo de Confamiliar de La Guajira.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno, doctor Yailton, tiene usted la palabra.

Confamiliar Guajira Yailton Lindo Ruiz:

Me parece que la reforma está muy bien direccionada en el sentido de que bueno, se están tratando de cerrar algunas brechas, que tiene la actual normatividad, no es cierto de pronto, ni estamos de acuerdo con algunos de los gremios, sobre todo la parte de los secretarios de salud donde se dice de que, las EPS no juegan un papel importante, que lo dejan entre dicho.

Pienso que, todos estamos buscando la forma de estirar el máximo número de recursos que nos llegan para poderle cumplir a los usuarios que es lo más importante y nuestra razón de ser. Seguimos mejorando en cada una de las partes de las atenciones que hemos hecho, sobre todo nosotros que estamos ubicados en el departamento de La Guajira y que tenemos muchas áreas rurales dispersa y que en estos tiempos de lluvias estamos haciendo todo lo posible por hacer las intervenciones necesarias para poder de pronto darle, cumplir con todo ese plan obligatorio de salud que nos hicieron que desarrollara.

Estamos dispuestos obviamente a seguir mejorando, acatar pues todas las medidas que determina el gobierno, estamos de acuerdo que se dignifique la parte del recurso humano en salud, pienso de que algunas IPS no cumplen la mayoría en Colombia no cumplen con esa parte de dignificación, de la parte de salud y eso de pronto, ha hecho que en estos momentos, algunas IPS de pronto no cumplan con lo relacionado a lo que tiene que hacer como son sus obligaciones de brindar el plan obligatorio de salud.

En el departamento de La Guajira tenemos unos aliados muy regulares, especialmente los hospitales del departamento, las IPS públicas, en el cual la mayoría cambian cuando entran a un nuevo periodo de gobernantes, cambian la mayoría de los profesionales, ahí se pierde de pronto la continuidad, la capacitación que han venido brindando, de pronto los anteriores gerentes y eso hace que se dificulte en estos momentos, la parte de prestación de servicio de salud.

La continuidad, la preparación es muy importante, la capacitación es muy importante, la capacitación es muy importante sobre todo, en la parte de la implementación de la vía y del nuevo modelo de atención, que tiene estipulado el gobierno.

En eso deberíamos de mejorar un poquito, en la parte de fortalecer más la red pública, para que ellos puedan ser competitivos, un poco más con la parte privada, sería un avance importante que eso se lograra y mediante este proyecto y que podamos de pronto recoger esas inquietudes para que la parte del recurso humano de los hospitales públicos y del reforzamiento de esos hospitales públicos, puedan ser un poco más competitivo y puedan de pronto lograr, a que haga un mejoramiento en la parte de la prestación de servicio de salud, sobre todo aquí en el departamento de La Guajira, tenemos etnias indígenas, tenemos una parte de muy difícil acceso, hay rancherías de pronto de que para entrar y penetrar a ellas, se necesita más de 6 horas en unos carretables que son especialmente, no tienen buen acceso para llegar, sin embargo conjunto con esas IPS, estamos haciendo todo lo posible para llegar a ellos y poderle brindar el plan obligatorio de salud.

Pero sería bueno de que se tuviera en cuenta esta parte de dignificación del recurso humano, es una brecha que

ha venido arrastrando siempre el sistema y que en estos momentos no se ha logrado de pronto poner en firme a que esas IPS, puedan cumplir con este requerimiento. Bueno le dio gracias, por darme la palabra para manifestar estos inconvenientes que se están presentado en el departamento de La Guajira.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias, doctor Yailton Lindo, de Confamiliar de La Guajira, si, discúlpeme, sí dígame Secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta, con su venia, para oficialmente informar el registro de asistencia de nuestro Senador, Jesús Alberto Castilla Salazar, al cual lo tengo registrado desde las 9:33 minutos de la mañana, Senadora Castilla conectado por favor, Senador Castilla está conectado, nos puede contestar el llamado Senador Castilla, no nos responde, pero está conectado en plataforma.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno un saludo al Senador Castilla, y bueno agradecer la intervención que nos hace más cercano a las diferentes población del doctor Yailton de Confamiliar Guajira y Asocajas, bueno se prepara la doctora Beda ya se encuentra lista, Gerente de Anaswayayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, ya se encuentra lista y se prepara el doctor Humberto Mendoza, Secretario de Salud de Barranquilla, doctora Beda, está lista, entonces continúa el doctor Humberto Mendoza, Secretario de Salud de Barranquilla, doctora Beda está lista, entonces continúa el doctor Humberto, Secretario de Salud de Barranquilla, tiene usted la palabra, doctor Humberto, señor Secretario podemos verificar si se encuentran en plataforma, ya ahí está, doctor Humberto, tiene usted la palabra, en representación de la Alcaldía de Barranquilla.

Secretario de Salud Distrito de Barranquilla, doctor Humberto Mendoza Charris:

Honorable Senadora Laura muchas gracias, un saludo a todos los asistentes en nombre del señor Alcalde Jaime Pumarejo, nosotros quisiéramos plantear básicamente que el proyecto de reforma que pudiese mejorar la calidad del aseguramiento en salud, la calidad de la prestación de servicios de salud y la atención primaria en salud muy seguramente va a dar unos mejores resultados y va a llegar a las necesidades y expectativas que tiene hoy el país.

El financiamiento seguramente sigue siendo una de las dificultades, nosotros plantearíamos más como experiencia exitosa de que el modelo de red, es un modelo exitoso, nosotros tenemos hoy 41 unidades, 31 de ellas de baja complejidad y 11 entre mediana y una de alta complejidad, en una red única, esa red se concentra en tres localidades, tres localidades en donde hay alrededor de 800.000 personas, de los estratos 1, 2 y 3 niveles de Sisbén 1, 2 básicamente.

Si se garantiza la accesibilidad de que un usuario pueda llegar a menos de 800 metros, pueda irse a pie, a su unidad primaria es una condición mínima que debemos garantizar, la estamos garantizando, una capacidad resolutoria y un primer nivel ampliado que nosotros le llamamos al primer nivel ampliado, en el sentido de que todos los puestos básicos, todos los puntos básicos tienen medicina interna, ginecobstetricia, pediatría, es decir, la unidad primaria de atención, debe ir con el tecnicismo que plantea la norma de que haya una capacidad resolutoria de baja complejidad, como aquí bien todos han planteado.

Nosotros, tenemos ese primer nivel ampliado, planteado como una garantía de que patologías prevalente

como hipertensión, diabetes, maternidad puedan tener allí en el primer nivel su atención oportuna, el sistema de red sigue siendo un modelo que hay que fortalecer, porque estamos viendo y es nuestra experiencia del 2008 a la fecha que es natural que el modelo de red en donde un paciente pasa de su unidad primaria a la mediana complejidad y a la alta complejidad, en nuestros 800.000 personas del régimen subsidiado sin mediar sistemas autorizadores, eso garantiza continuidad y oportunidad en la atención.

Covid nos deja una experiencia y es que, la calidad del aseguramiento y la calidad de la prestación del servicio frente a programas crónicos en mayores de 60 años, deben ser una prioridad, debe seguir fortaleciendo esa atención primaria a ese mayor de 60 años, todo lo que fortalezca ese enlace entre comunidad y el prestador, que hoy se llama prestador primario en donde nosotros tenemos hoy, más de 320 promotores o caminantes de la salud que le llamamos, cada uno, entre ellos, entre 200 y 400 familias eso hay que fortalecerlo, porque si un hospital no tiene un enlace comunitario, no tiene la manera de traer la gestante, el niño. Hoy Barranquilla tiene cobertura útiles de vacunación muy seguramente, por esos caminantes y por haber hecho vacunación en los cercos sanitarios, durante la pandemia, han visto una legítima solicitud de los secretarios departamentales alrededor del tema de coberturas de vacunación para analizar por los temas de pandemia, nosotros muy seguramente el escenario de caminantes, de promotores y la vacunación durante los cercos sanitarios, seguramente explica porque alcanzamos esas coberturas útiles actualmente.

Yo pensaría que, en el actual modelo existen unos elementos que los que hay que ir a fortalecer y fortalecer, por supuesto, las competencias y el accionar de la Superintendencia que si bien ha sido ejemplar en todo lo que viene haciendo, entregar mayores y mejores competencias e insumos, podrían mejorar el seguimiento y la vigilancia al aseguramiento que sigue siendo el mayor desafío, porque lo que estamos viendo en la pandemia en Covid, es que el aseguramiento no dio los resultados para garantizar, identificación de poblaciones en riesgo, detección temprana y controles metabólicos o resultados en patologías crónicas, concretamente 4 patologías hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Yo creo que el planteamiento que han hecho anteriormente la Asociación de Hospitales de Santander, son pertinentes, son válidas, no quisiera repetirlos, mejorar mecanismos de transferencia de recursos a los prestadores de servicio de salud, es supremamente importante, y desde el punto de vista de calidad, tratar de incentivar los prestadores que vienen siendo exitoso para que esos esquemas de habilitación no queden tan rígidos, sino que podamos tener unas líneas de habilitación A, doble A, triple A, es decir, hoy, una institución habilitada es igual a todas, todas están habilitadas, va hacer muy difícil que tempranamente la nación tengan instituciones acreditadas, pero si podría aprovecharse la reforma para que la habilitación sea diferencial, para premiar instituciones que estando habilitadas tienen unos desempeños superiores a las otras, para que pueda haber una habilitación A, doble A, Triple A, y si bien el habilitado triple A, no está acreditado, está muy cerca y el habilitado uno A, tiene una habilitación, como una mirada de gestión del riesgo, con una mirada de indicadores de gestión financiera.

Porque digamos que la gestión por resultados ya está planteada, todo lo que estamos hablando está planteado, creería que lo que hay es que coger estas normas especialmente la Ley 1143, la de atención primaria

porque hay vienen unos indicadores por resultados, porque hay viene una línea fuerte de equipos de atención primaria basado en comunidad, porque hay viene unas líneas de educación fuerte, entonces, y desde el 2011 para acá, van 7, son 9 años, la 1438, ya van 9 años y creo que estamos empezando hacer realmente la implementación de esos modelos de atención primaria. Entonces creo que el modelo de red, es un modelo que hay que mantenerlo, nosotros podemos dar fe de que el modelo de red, mejora la oportunidad, mejora la continuidad, la atención primaria en salud garantizando capacidad resolutive en la baja complejidad y garantizando que estén cerca, obviamente hay que hacer un estudio de georreferenciación y unas notas técnicas, como se hicieron aquí en el 2008, que permitieron garantizar por supuesto mejor acceso de la población pobre y vulnerable, y tercero en calidad de la prestación de servicios, una diferenciación en habilitación, con estímulos más concretos al talento humano de instituciones acreditadas o de una habilitación superior, para que finalmente la estrategia de aseguramiento y de mejoras en flujo de recurso, se concentren, pero más mirando fortalecimiento en la capacidad de vigilancia de la Supersalud, que si bien viene haciéndolo de manera proactiva, predictiva, entre más fortalezcamos esas instancias, muchos mejores resultados podremos obtener, honorable Senadora Laura, muchas gracias por la asignación de la oportunidad y el tiempo.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchas gracias doctor Humberto Mendoza, secretario de Salud del Distrito de Barranquilla, gracias por compartimos ese modelo de riesgo aquí en la ciudad de Barranquilla, muchas gracias y le damos la palabra entonces a la secretaria de salud departamental del Atlántico, a la doctora Alma Solano que creo que delegó, la doctora Alma Solano se encuentra en plataforma, doctora Alma.

Secretaria de Salud Departamental del Atlántico, doctora Alma Johana Solano Sánchez:

Bueno Senadora, muy buenos días a todos, algunos problemas técnicos, que no me van a permitir activar la cámara, pero muy agradecida de la oportunidad y la invitación en el día de hoy.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchas gracias aquí la estamos escuchando muy bien.

Secretaria de Salud Departamental del Atlántico, doctora Alma Johana Solano Sánchez:

Bueno muchísimas gracias a todos, nosotros desde el Departamento del Atlántico hemos venido haciendo un trabajo bien importante con la Federación de Departamentos, analizando de manera profunda todo lo que está dispuesto en este proyecto de ley, al cual abrazamos y apoyamos y respaldamos, hemos planteado algunas inquietudes que consideramos que son unas oportunidades de mejora, perdimos la conexión...

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ahora sí la escuchamos.

Secretaria de Salud Departamental del Atlántico doctora Alma Johana Solano Sánchez:

Ok, doctora, muchas gracias, insistir en que definitivamente nosotros respaldamos este proyecto, como una necesidad sentida del sistema de salud, somos unos convencidos que tenemos que mejorar los actores del sistema, creemos en este sistema de salud colombiano y estamos también crédulos en que esta reforma va a dar la oportunidad de que esos actores que no han cumplido

con su deber dentro del proceso, se puedan corregir o retirar del sistema.

Pero yo quisiera detenerme simplemente en una necesidad que tenemos todos los Departamentos, relacionadas con nuestras empresas sociales del Estado y en la consideración que pedimos para que en este proyecto se tenga muy en cuenta, las formas de remuneración de estas empresas sociales del Estado, y las formas de protección de estas empresas, somos convencidos de que lo público funciona, que puede seguir funcionando, pero que requiere verdaderamente mayores elementos de protección en medio del sistema de salud, para que no se generen esos desbalances.

Yo sé que también tenemos empresas sociales del Estado que tienen que mejorar y en ese sentido particularmente en el Departamento del Atlántico tomaremos las decisiones, pero pensamos que en este proyecto de ley, hay una oportunidad bien importante, para poder generar esas acciones de protección, de exigencia, también de estándares de calidad a nuestras empresas sociales del Estado, pero sí una garantía de que la remuneración de esos servicios que prestan, que además en muchas regiones de Colombia, son los únicos que están garantizando esa prestación de servicio, pueda ser protegida en todo momento señora Senadora, esa es mi participación, y de nuevo muchísimas gracias, como le decía nuestro trabajo ha sido muy importante con la Federación de Departamentos y ya hemos presentado a la Comisión desde la Federación, pues nuestras observaciones y recomendaciones, muchísimas gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchísimas gracias doctora Alma, por sus apreciaciones y por todo su apoyo y aportes con ese documento enviado, y continuamos en este momento con, de las personas que respondieron al llamado de asistencia con el doctor Alexander Mesa, coordinador de asesorías ad honorem de la red centro oriental de personas con discapacidad, doctor Alexander, creo que lo vemos en pantalla, desde el inicio, señor secretario el doctor Alexander va a intervenir el día de hoy, bueno mientras corregimos aquí, tenemos al doctor Julio Borelly Gerente de Salud IPS, que respondió al llamado, se encuentra en plataforma doctor Julio Borelly, bueno doctor Julio tiene usted la palabra.

Gerente de Gestión Salud IPS doctor Julio Borelly:

Buenos días a todos, regáleme un minuto para conectar los audífonos por favor, hola buenos días, no sé si me escuchan bien.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Sí, le estamos escuchando.

Gerente de Gestión Salud IPS doctor Julio Borelly:

Primero que todo muchas gracias por la oportunidad que me dan, nosotros somos prestadores en la salud de Cartagena y celebramos estas discusiones y estas audiencias públicas así que toda la reverencia y todo el respeto a esta excelsa Comisión del Senado.

Sin más, y espero no demorar y no ser fastidioso con la intervención, sí quisiera resaltar algunas de las intervenciones previas y algunas cosas que no sean tocado, yo creo que en salud, el tema de salud en Colombia es denso, es técnico, tiene un alto componente financiero y laboral, y tiene elementos muy buenos a lo largo de los años y muchos elementos por mejorar.

Nosotros también somos convencidos de que el sistema ha traído beneficios importantes en los indicadores de salud de nuestro país, ha hecho importantes reducciones

en el costo de la prestación de servicio y el aseguramiento ha sido un aliado importante en ese tema.

Refiriéndonos específicamente al proyecto de ley, que nos compete en el día de hoy, yo sí quisiera de pronto resaltar como los logros que ha tenido la ley en el tema de universalidad, cobertura, accesibilidad, pero uno de los atributos de salud, en lo cual ha sido distante y no hemos podido trabajar de manera articulada es en la equidad, yo creo que hay serias inequidades, sobre todo en los actores del sector salud, yo creo que la reforma tiene cosas muy positivas, tratando de, yo creo que no con el objetivo pero sí como consecuencia, de establecer algunas equidades en el sector, entre asegurador, prestador, usuario y Estado, y yo creo que son importantes resaltarlas.

Pero aprovechando la experiencia previa de la pandemia Covid, nosotros sí quedamos desnudos, ante los actores que son buenos, regulares y malos, yo creo que hay EPS muy buenas, que merecen fortalecerse y crecer, hay IPS muy buenas y hay otras EPS y IPS muy malas, que yo creo que el Estado también debería intervenir.

Nos preocupa desde la perspectiva de prestador el tema de que hoy existe alguna pluralidad en el tema del aseguramiento, con la reforma vemos que esa pluralidad se convertiría casi en un oligopolio, que de pronto con las características que hoy tienen algunos actores podría ser, peligroso e inequitativo para el sistema, yo creo que esa es una de las miradas que deben revisar de manera muy juiciosa y respetuosa dentro del cuerpo y el articulado del proyecto de ley.

También nosotros los actores del sistema debemos ser capaces de cerrar brechas en el tema de inequidades entre las expectativas y las realidades y las posibilidades, porque Colombia de todas maneras, nosotros somos un país pobre que gastamos el 7.2% más o menos en gasto de salud del producto interno bruto, estamos algo por debajo del promedio de los países de OCDE, que están aproximadamente en el 8.8% del producto interno bruto, entonces en todo caso como he sabido, hay algo de desfinanciamiento del sistema, pero dentro de todas las cosas que podemos rescatar, la discusión hay que hacerla de manera honesta y transparente en el tema de los actores, yo creo que el sistema en sí, per se, es muy bueno, tiene muchas cosas que rescatar, pero hay actores que de pronto tergiversan el sistema.

Entonces yo creo que, a lo largo de la reforma, se puede fortalecer y se puede introducir un articulado más específico para que actores que no han sido correspondientes, ni solidarios con el sector, deban seguir. Estoy tratando como de leer, esas son las generalidades que comprende el capítulo uno, estamos de acuerdo que la atención primaria en salud se debe rescatar, del artículo 5 y el plan único de promoción y prevención, yo creo que esos, hay cosas muy rescatables dentro del proyecto, hay otras de las cuales no estamos muy de acuerdo, sobre todo en el tema de roles, yo creo que cuando leemos y releemos el proyecto, hay una duplicidad entre los entes territoriales y el aseguramiento inclusive con la prestación, con la inducción de algunos mecanismos de contratación que dejan al asegurador en un estado de movilidad, hay actores que son inamovibles en el sistema, que son el usuario, el paciente, el médico, el prestador de salud que es el hospital y el Estado, como regulador y articulador.

A lo largo del articulado, nosotros podemos casi que predecir que la EPS, denominada aseguradora en el proyecto de ley, podría fácilmente ser un modelo inamovible del sistema, entonces nos parece algo peligroso que, rescatando todas las bondades que hasta ahora tiene y la oferta a la demanda en salud, que creemos que ha sido beneficiosa para todo el pueblo colombiano,

esta serie de dualidades en su interpretación, vaya a darle a la larga al traste a todo el sistema como tal y podría crear un desequilibrio en nuestro sistema de salud.

Yo les hago una invitación muy respetuosa, a que los roles entre el asegurador, el prestador y el ente territorial deben ser mejor concedidas y mejor descritas a lo largo del articulado del proyecto de ley, voy a seguir revisando las anotaciones que juiciosamente hice, creemos con el régimen único de salud, también en el artículo 18 estamos completamente de acuerdo, la contribución solidaria definida en el artículo 21, también creo que aplaudimos esa iniciativa, y todos los trabajadores y sobre todo con este tema de la pandemia Covid, será sumamente necesario y seguramente y ojalá no pase, pero podríamos estar de futuras pandemias y creo que el sistema de salud colombiano, debe prepararse para ello.

Recalco algunas palabras muy importantes de intervenciones pasadas como es el tema de redes, como es el tema de habilitaciones por calidades en los prestadores de servicios de salud, creo que eso es algo que de pronto podríamos fortalecer adentro del proyecto de ley. En el tema del modelo de atención, que es el capítulo quinto, creemos y estamos de acuerdo con el fortalecimiento del prestador primario en salud, el secundario y los hospitales de excelencia.

Hay algunas dudas que nos generan las interpretaciones, es, que si hospitales tan importantes y acreditados en el país, que creo que son guías para toda la prestación en el país, pueden ser prestadores primarios, secundarios y de excelencia dentro del mismo sector, que pueden jugar a su vez los tres actores, eso no lo deja tan definido y creo que hay muchos prestadores en el país que también podrían hacerlo.

Las redes integrales, en el artículo 29 del capítulo quinto se expresan las redes integrales entre el ente y los prestadores, excluye un poco al asegurador, eso, yo por lo menos no lo entendí bien y lo he leído muchas veces, y creo que se podría dar mayor claridad con el tema, insisto, en el tema de los roles de cada actor en el sistema de salud.

El tema de la financiación capítulo seis, los hospitales públicos, yo creo que los subsidios a la oferta y las APP, por lo menos en Cartagena nosotros tuvimos una experiencia exitosa con el tema de Covid, donde todos los actores del sector salud, los gremios, el sector privado, establecimiento público, EPS, IPS, los políticos de nuestra región todos pusimos como un grano de arena cada uno y con mucha humildad trabajamos para disminuir, al principio que eran las tasas más altas de incidencia y prevalencia de Covid en el país, a querer obtener resultados previos a estos rebrotes, de los mejores en incidencia y mortalidad en todo el país.

Entonces yo sí creo que todos los actores podemos confluir y trabajar en equipo y juntos, siempre y cuando existan reglas claras que insisto en el tema de salud no se necesitan estas diarreas normativas en el mejor de los sentidos, porque yo creo que mucha parte de lo que está en la reforma está contenido de otra manera en la norma y leyes que existen actualmente, yo creo que lo importante es que todos y cada uno de los actores del sistema de salud, hagamos lo que nos corresponde y yo creo que esta Superintendencia sobre todo y el Ministerio de Salud han sido muy propositivos, han sido muy cuestionadores, han tenido un papel de inspección, vigilancia y control como nunca antes lo habíamos visto en el país, yo creo que eso es positivo y eso puede limpiar un poco el sistema.

En el capítulo séptimo, nos preocupa muchísimo el tema de la transacción y los mecanismos de pago, insisto, si nosotros y yo creo que, eso es una concepción muy honesta del Ministerio, creo que ellos lo piensan que es

importante pensando desde una perspectiva puramente financiera, pero el tema del riesgo debe ser asumido por un solo actor en el sistema, porque si no, este actor desaparece, si nosotros como prestadores vamos a asumir riesgos compartidos, con el asegurador, si solamente van a tener una prima y si el Adres va a hacer juiciosamente los giros directos, entonces qué papel tienen la EPS o el asegurador, afiliación, registro y algunos otros más, que serían, meros administradores.

El capítulo octavo y noveno del talento humano, creo que es importantísimo, pero por lo extenso y por todas las complejidades del sistema, yo creería prudente y respetuosamente discutirlo aparte, porque necesitamos realmente la discusión con todo el establecimiento médico y científico para lograr algunos acuerdos y algunas realidades, porque no es verdad que de todas maneras algunas vinculaciones formales le sirven a todo el cuerpo médico y personal de salud, hay regiones que no tienen ni siquiera el personal suficiente para atender y para producir prestación, entonces yo creo que de todas maneras hay que flexibilizar y también hay que conciliar con nuestro equipo de salud y a mí me parecería prudente hacer una discusión aparte, y tocar estructuras de los actores del sistema dentro del cuerpo de la reforma.

Yo creo que es todo, muchas gracias, agradezco la oportunidad en nombre de todos los prestadores de salud de la ciudad de Cartagena, la Asociación de Hospitales y Clínicas también nos incitó a participar en el foro de hoy, muchas gracias también a la doctora Nadia Blel por su amable invitación en la mesa de salud en la ciudad de Cartagena que hemos estado todos muy activos y agradecemos de todas maneras todo el esfuerzo que el Gobierno nacional a pesar de las dificultades financieras naturales de nuestro país, ha hecho con el Ministerio y la Superintendencia y todos los actores para tratar de hacerle frente a esta pandemia que nos adolece, muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Gracias a usted doctor Julio César Borelly de gestión salud EPS y continuamos, quería preguntarle, que veo desde el inicio conectado al doctor Alexander Mesa del Centro Oriental de Personas con Discapacidad, si va a intervenir el día de hoy, no le escuchamos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Sí, coménteme secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

A título personal, le estaría solicitando a usted, para que le autorice, porque ellos presentaron observaciones y como no los invitamos en la segunda audiencia, nos estaban reclamando participación, como efectivamente los invitamos para el día de hoy.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Gracias por la aclaración señor secretario, claro que sí lo escuchamos, doctor Alexander tiene usted la palabra.

Coordinador de Asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad doctor Alexander Meza:

Muy buenos días, gracias por la invitación, el objetivo de mi intervención es el siguiente: resulta que en ese proyecto de ley, en los artículos seis, dieciséis y en el parágrafo tres del artículo 17, dejó un vacío, el limbo jurídico, que va a perjudicar a toda la ciudadanía

colombiana, en especial a todos los que tienen años de tutelas ganadas.

Qué pasa con ese, al dejar ese vacío de limbo jurídico están favoreciendo a las EPS, porque el proyecto de ley en sí dice; en el párrafo tres dice que las EPS se convierten en aseguradoras y estas aseguradoras por ningún lado dejó estipulado que deben de heredar o ser receptoras de los fallos de tutela, entonces qué es lo que va a pasar en un futuro, si dejan ese vacío como está, posteriormente qué van a decir las nuevas administraciones de las aseguradoras, es que nosotros cuando éramos EPS, sí estábamos en la obligación de responderle por todos los fallos de tutela, pero como en la nueva ley no dejaron estipulado que nosotros al convertirnos en aseguradoras, deberíamos delegar esos fallos, no estamos en la obligación de hacerlo, entonces vuelve y se le presentan grandes problemas y grandes inconvenientes a todos los ciudadanos.

Este proyecto de ley así como esta con ese vacío, va en contravía y está dejando, violando normas, como son cuáles, el artículo 2.1.11.10 del decreto 1424 del 2019, y el artículo 2.1.7.17 del Decreto 780 del 2016, esos dos decretos que han estipulado, que las EPS deben de heredar o ser receptoras de todos los fallos de tutela de sus antiguos afiliados, entonces a eso, esa es la preocupación de nosotros, porque es de conocimiento público que aquí en Colombia, muchos funcionarios de EPS son expertos en darle interpretaciones amañadas a los vacíos por limbos jurídicos dejados en las normas.

Entonces otra cosa que notifica esto, actualmente en Colombia hay muchos jueces de la República que lo resuelve de sus tutelas han favorecido a los usuarios, dejando la frase atención integral, como esa frase el juez asume y el usuario, que todo lo que necesite el paciente se lo deben formular, pero la realidad es otra, porque cuando van a pedir cosas nuevas que le manden sus médicos tratantes, las EPS, los funcionarios administrativos o jurídicos de las EPS, dicen vea señor pepito Pérez, sí, es verdad que usted tiene una tutela con atención integral, lo dice el fallo, pero resulta que este nuevo medicamento o este nuevo insumo que le formuló su médico tratante no aparece de manera puntual en la tutela.

Entonces devuélvase para donde el juez, para que le aclare o le adicione que hay que entregarle ese insumo o medicamento nuevo, entonces si así no más estando en los fallos de tutela, esos beneficios, ustedes se imaginan ahora, cómo será dejando el vacío, el limbo jurídico en este nuevo proyecto de ley, donde tienen que especificar que, yo ya le mandé la propuesta y aparece en la gaceta 1162 en las páginas 6 y 7, entonces yo soy consciente que, yo estoy pidiendo que se archive o se hunda este proyecto de ley, pero soy consciente que el gobierno en este momento cuenta con todas las mayorías en el Congreso y va a ser imposible que lo archive o lo hunda.

Entonces estoy pidiendo al menos que para proteger a toda la ciudadanía, que ya tienen tutelas ganadas por salud se incluya un artículo nuevo, ese artículo nuevo que es lo que dice: figura en las páginas 6 y 7 de la gaceta 1162, que las antiguas EPS que se fusionen, se liquiden, se escindan o se transformen en entidades aseguradoras de salud, tienen la obligación de heredar a receptoras de los fallos de tutelas de sus antiguos afiliados, en especial por aquellos que ordenen la prestación de servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud, esto lo obliga, vuelvo y reitero, que los artículos 2.1.11.10 del Decreto 1424 del 2019 y el artículo 2.1.7.17 del Decreto 780 de 2016, bajo el hipotético de que el Congreso y gobierno no acepten proteger a los ciudadanos y ya tienen tutelas ganadas por salud, que es lo que va a pasar aquí a futuro, pues demostrarían

que están violando derechos adquiridos de las personas, porque esas tutelas ya se deben considerar derechos adquiridos y la Constitución dice en su artículo 58, que los derechos adquiridos no pueden ser vulnerados, ni desconocidos por normas o leyes posteriores, eso como primera medida y lo otro que no es menos importante, es que en Colombia se aprobó la Ley 984 del 2005 que aprobó en Colombia la ley del protocolo facultativo de la ONU de las mujeres y ese protocolo facultativo de ONU en las mujeres, en su artículo dos, dice textualmente que una sola mujer o un pequeño grupo de mujeres, puede pedir la intervención en Colombia del Comité de la ONU de las mujeres, cuando a estas personas se le violen un estado parte, sus derechos fundamentales.

Entonces muchas de estas personas mujeres, que ya tienen tutelas ganadas por salud, al perderlas con este proyecto de ley, con ese vacío-limbo jurídico, van a recurrir a este ente internacional para que intervenga acá en Colombia y los proteja, entonces vuelvo y reitero, busco la protección para todos los ciudadanos que ya tienen tutelas ganadas por salud, a que se incluya un artículo nuevo que diga: que las antiguas EPS que se transformen, fusionen, se escindan o liquidan en consecuencia de ellos se conviertan en aseguradoras de salud, tienen la obligación de heredar o ser receptoras de los fallos de tutela de sus antiguos afiliados y en especial por los fallos de tutela, que ordene la prestación de servicios, insumos, no incluidos en el plan de beneficios en salud.

Ese es más o menos, el objetivo de mi intervención y si ustedes miran en las páginas 6 y 7 de la gaceta 1162, allá aparece puntualmente la petición de artículo nuevo, asumiendo que el gobierno no va hundir, ni archivar ese proyecto de ley, como es mi objetivo principal, muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno, muchas gracias al doctor Alexander Meza, del centro oriental de personas con discapacidad, por esa intervención, gracias por sus aportes y continuamos entonces con el doctor Leonardo Durán Cogollo Gerente de la Clínica la Victoria y se prepara entonces la doctora Adriana Elena Peña, en representación de los usuarios, ahí está el doctor Leonardo Durán, tiene usted la palabra en presentación de la Clínica la Victoria.

Gerente Clínica La Victoria doctor Leonardo Durán Cogollo:

Buenos días honorables Senadores de la Comisión Séptima, un especial saludo apreciada Senadora Laura, en representación del sector de prestador de servicio de salud, agradezco esta oportunidad.

Mis aportes son, solo aspectos generales, que creo deben complementar un poco el proyecto de ley o cualquier reforma a la salud, como objetivo de esta intervención, de mi intervención quisiera llamar a la reflexión en tres elementos fundamentales para considerar en lo que puede llamarse una reforma a la salud.

Primero el sistema de salud es ante todo un sistema económico, segundo un sistema de salud debe tener como eje central el usuario que implica empoderarlo completamente en su derecho a la libre elección y tercero la verdadera autonomía del prestador consiste en liberarlo del sometimiento de voluntades.

Entonces el primer punto, el sistema de salud como un sistema económico, va más allá de ese relacionamiento entre EPS-IPS-médico-paciente y hay que entenderlo así, este elemento económico para mi concepto es la raíz del sistema de salud, la financiación y la sostenibilidad del sistema que particularmente aparece en los últimos capítulos del proyecto de ley, lo es todo, es elemento

principal para garantizar la perdurabilidad que exige el sistema para las próximas décadas.

No solo se trata de exigir un atención de calidad, sino la atención que realmente podemos pagar como sociedad, como contribuyentes, y por eso debemos encontrar respuestas a unas preguntas que son fundamentales y que nos llevan a la reflexión, cuánto es el costo real anual de la siniestralidad de nuestro sistema de salud, cuál es la proyección de ese costo en los próximos 20 años, como sociedad nosotros, cuánta es nuestra capacidad de contribución al sistema para entender esas necesidades de largo plazo, solo con las cifras específicas que se den o que den respuesta a estas preguntas, podemos nosotros empezar a planear una verdadera reforma al sistema de salud, ajustado a nuestra realidad y para hacernos una idea del camino que nos hace falta recoger, comparto las siguientes cifras, del gasto en salud per cápita, público y privado, en dólares, según el centro de datos del banco mundial para el año 2017, estamos hablando hace 3 años.

Colombia presentaba un gasto en salud per cápita de alrededor de 460 dólares, que estaba por debajo incluso de la región o sea de América Latina y el Caribe, que se situó en 685 dólares y muy por debajo de países con los que nos debemos comparar, por las economías como Uruguay, Chile, Argentina, Costa Rica, Panamá y Brasil con un promedio de gasto en salud anual per cápita de 1.200 dólares, estamos hablando de 1.200 dólares por habitante o sea mucho más del doble, del gasto nuestro.

Esto nos sitúa en un sistema en el que al año invertimos alrededor de 75 billones, como colombianos todos invertimos 75 billones, pero que comparativamente, con estos países, con los países como Argentina, Costa Rica, Panamá, Brasil, nos indicarían que podríamos estar realmente en una cifra entre 100 y 160 billones de dólares al año, sin contar que países como Argentina, o Brasil tienen una industria de medicamentos y dispositivos médicos muy fuertes y nosotros por el contrario solo en el sector farmacéutico tenemos una balanza comercial sumamente deficitaria, que se aproxima a una cifra cercana a los dos mil millones de dólares anuales, lo que nos convierte completamente en importadores de tecnología en salud, no hay duda que anhelamos la calidad y la tecnología del mundo desarrollando, pero no estamos considerando el gasto que ellos según lo desarrollado en salud per cápita hace entre 5.000 y 10.000 dólares o sea que estamos hablando de 10, por lo menos 10 veces y más lo que nosotros como sociedad estamos invirtiendo per cápita. Claro y ellos, el mundo desarrollado no presenta los riesgos en siniestralidad asociado con las deficiencias o las deficientes políticas públicas, en saneamiento ambiental básico, que comprende, el manejo sanitario de agua potable, aguas residuales, los vertidos, residuos sólidos, los residuos orgánicos, las emisiones a la atmósfera, el comportamiento higiénico o las deficiencias nutricionales en gran parte de nuestra población, que indiscutiblemente impactan en los riesgos de salud.

Honorables Senadores y audiencia, es claro que esa brecha acumulada en el sistema de salud que comparativamente podemos hacer con países referentes de nuestra región, es lo que en Colombia se traduce en iliquidez, deuda, morosidad y quiebra en el sector prestador, falta de capacidad, detrimento en las condiciones laborales de trabajadores en la salud, demoras y deficiencia en la calidad en la prestación de los servicios e inexistente aseguramiento.

Solo si con el consenso nosotros, como colombianos, como sociedad, garantizamos incrementar la contribución a niveles equiparables a estos países de referencia de nuestra región, o si ni siquiera pues yéndonos a los

países de la OCE, Norteamérica o países de Europa, solamente de esta manera nosotros podríamos empezar a hablar de viabilidad económica para un verdadero aseguramiento en salud, ese verdadero aseguramiento en salud debe tener una autonomía para gestionar el riesgo de la siniestralidad, que es la prevención y gestionar y garantizar la viabilidad financiera, que es prácticamente una aprobada competencia para rentabilizar las primas de ahorro.

Se requiere una revisión claramente al alza de esta prima, lo que llamamos UPC que consideren en largo los riesgos ya mencionados, y los que entregan hacer presión en el sistema como la migración venezolana, la indisciplina social, el incremento del consumo de alcohol, de drogas, el uso recreativo del Cannabis, como para tener hay unos ejemplos, de lo contrario quedaríamos limitados a un modelo de meramente administración en salud, administrar un presupuesto que ha sido históricamente escaso y deficitario.

Seamos conscientes de una realidad indiscutible, el sistema de salud depende totalmente de todos como contribuyentes, reconozcamos, tenemos que reconocer que somos una sociedad con muchas dificultades y deficiencias económicas, son muy limitadas las capacidades de contribución, especialmente después de lo que va a quedar de esta pandemia, lo que claramente representa un reto para ese ahorro clave y necesario para un verdadero aseguramiento, por ejemplo una población trabajadora joven sea la que masivamente debería contribuir al sistema, sin embargo hoy, la población más joven son los que más están impactados por el desempleo, ahora bien, mientras logramos ese desarrollo económico con la equidad anhelada, no descartemos y más bien consideremos un modelo mixto de aseguradoras en salud y administradoras en salud especialmente para lo que se denomina el régimen subsidiado, según habilitación y certificación de competencias, pueden ser públicas, privadas o mixtas.

Para el segundo punto, el sistema de salud debe contener como eje central el usuario que implica empoderarlo completamente en su derecho a la libre reelección, cuando el servicio es gratuito entre comillas, como se ha pretendido con el sistema de salud, el producto termina siendo el usuario y sobre esta filosofía las EPS con su innegable poder de negociación, han podido, estructurando un modelo de negocio, incluyendo en el de integración vertical, la medicina como ciencia transformadora contrario a lo que algunos piensan está lejos de ser un commodity, hay excelentes iniciativas científicas y de investigación en el sector prestador y otros prestadores que desafortunadamente, sí, trabajan solo en función de resolver los estados de resultados de las EPS, y sobre esa valoración y ponderación entre ciencia, calidad, disponibilidad radica la importancia de elegir como derecho constitucional fundamental y principio básico de libertad.

De allí la importancia descentralizar la toma de decisiones de atención y prestación que hoy tienen las EPS, aseguradoras, los entes territoriales etc., y empoderar al usuario con la libertad en elegir su prestador, ese que le genere confianza, eliminando la necesidad previa de relacionamiento contractual, entre asegurador y prestador, especialmente si ya existe una fuerte relación y relacionamiento entre el prestador y el Estado, a través de que, a través de la habilitación, a través de la regulación en tarifas, a través de la guía de atención, etc.

En este sentido hay que evitar por ejemplo, como se plantea en el proyecto de ley que la territorialización del aseguramiento o las áreas territoriales de salud se conviertan en un obstáculo o una limitante al derecho

a la libre elección y movilidad en el territorio nacional. Finalmente sobre este punto honorables Senadores y audiencia, trasladar el poder de los usuarios, es el elemento fundamental para que el usuario pase de ser un producto, a un verdadero ser humano de cara al sistema de salud.

Por último, el tercero de los puntos, la verdadera autonomía del prestador está en liberarlo del sometimiento de voluntades, es claro, gracias al poder de negociación y la posición dominante que han adquirido las EPS, durante la vigencia de nuestro actualmente sistema de salud, es indiscutible, es indudable que el sometimiento que estas, o sea las EPS ejercen sobre los prestadores, para alinearlos a sus propios intereses, por la vía de las relaciones contractuales y de acuerdo de voluntades, y ni hablar de los condicionamientos que existen para el tema de los pagos. Tan fuerte es este tema, que lo han convertido en una herramienta eficiente para presionar la desvalorización de hospitales públicos, privados, de clínicas, que finalmente termina, cediendo y terminan siendo adquiridos o concesionados por estas EPS a precios de ganga para sus propósitos de integración vertical, la obligatoriedad de contratación entre empresas administradoras de planes de beneficios y prestadoras de servicio de salud, para autorizar la atención posterior a la urgencia, convierten la prestación de servicio de salud en commodity, libre de incentivos para innovar en servicio y mejorar la calidad y es un incentivo para la integración vertical de las aseguradoras, de las EPS. Hay que prestar mucha atención también a esas posiciones dominantes que se vienen presentando bajo el modelo de ESE o de las redes públicas que bajo figuras de concesiones tiene un componente altísimo de integración vertical y disfrazando y disfrazándose bajo la naturaleza pública, hay intereses poderosos económicos, privados.

También debe eliminarse completamente cualquier pretensión de compartir gestión del riesgo de aseguramiento con los prestadores, que es lo que existe actualmente en los acuerdos de voluntades, o las nuevas modalidades de acuerdo a voluntades, esta responsabilidad es una responsabilidad exclusiva, debe ser exclusiva del asegurador o del Estado en el caso de un modelo de administración, pero sobre todo hay que eliminar el enfoque centrado en el contrato, el enfoque, hay que pasar de ese enfoque en el contrato, a un enfoque en el paciente, a un enfoque en lo humano, en el humanismo, a un enfoque en la ciencia.

Mis conclusiones finales para estos tres puntos, para lo que consideramos nosotros debe ser vital y fundamental y viabilizar el proyecto de ley o cualquier reforma a la salud, es uno, resolver la visión sobre aseguramiento o administración mixto con base en el sistema económico, la economía es fundamental, lo es todo.

Dos, garantizar al usuario el derecho a la libre elección del prestador, no solo del modelo, no solo de la aseguradora, no solo de aseguradora o administrador, no solo de asegurador o administrador, pero es imprescindible que se le garantice la libertad a elegir su prestador.

Y tercero, eliminar la obligatoriedad de acuerdo de voluntades entre prestadores y aseguradores, para que usuarios puedan recibir atención integral, eliminado también cualquier tipo de posición dominante, de actores dentro del sector, muchísimas gracias por la atención, muy buen día.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchísimas gracias a usted doctor Leonardo Durán por esa intervención y esos aportes y continuamos entonces con el Presidente de Fasecolda, el señor Miguel Gómez Martínez y se prepara la doctora Adriana

Elena Peña, en representación de los usuarios. Tiene la palabra el doctor Miguel Gómez Martínez, Presidente de Fasecolda.

Presidente de Fasecolda, doctor Miguel Gómez Martínez:

Buenos días señora Presidenta y muchas gracias por la invitación que le hace al gremio asegurador para participar en esta audiencia.

Sea la ocasión para reconocer el espacio que le han dado ustedes en el Senado de la República a los gremios, a todas las voces que quieren aportarle a este importantísimo proyecto de ley, que sin duda va a definir en buena medida el futuro de la salud en Colombia, nuevamente en nombre de los aseguradores del país, reconocer estas posibilidades de comunicación que son tan importantes con el poder legislativo.

Señora Presidenta yo quiero resumir mis comentarios del proyecto de ley, a dos temas que me parece que son importantes. El primero de ellos el seguro obligatorio de accidentes de tránsito el SOAT y quiero hacer referencia a él, de manera específica, porque lamentablemente en algunas de las otras secciones que hemos tenido con ustedes, se han pronunciado, algunas afirmaciones que nos parece a nosotros que no riñen, que riñen con la verdad y lamentablemente generan una desinformación sobre el alcance que tiene el SOAT a nivel nacional.

Muy rápidamente este es el único seguro universal que tienen todos los ciudadanos de Colombia en materia de accidentes, el único, no existe otro seguro de accidentes de cobertura universal, cualquier conductor, cualquier peatón, cualquier ciclista, cualquier motociclista, que tenga un accidente de tránsito en nuestro país, tendrá atención de emergencia y prioritaria por parte del sistema de salud, eso lo ratifican las cifras, ha desaparecido por causa de accidentes de tránsito, la horrible figura del paseo millonario que era tan frecuente, en nuestro país, una persona era herida en un accidente de tránsito, la llevaban a un centro de atención, como no tenía dinero, y como no tenía seguro, o como no tenía ninguna forma de garantizar el pago, empezaba un traslado de una entidad a otra y lamentablemente en algunos casos, las personas fallecían.

El sistema además funciona, señores Senadores en los últimos 10 años, 5 millones de colombianos han sido atendidos con cargo al SOAT, 5 millones de colombianos, el año 2019, setecientos mil colombianos fueron atendidos por causa de accidentes de tránsito, gracias al mecanismo del SOAT, es además un sistema, no solo universal, sino que no exige ningún copago por parte de la persona que ha sido herida, no tiene que poner dinero, y en líneas generales me parece a mí, que deberíamos reconocer las virtudes del sistema a partir, digamos, de las cifras que tampoco se conocen de cómo opera el mecanismo.

De cada \$100 que paga una persona cuando compra el SOAT, \$45 son contribuciones y transferencias fundamentalmente al sistema general de seguridad social en salud, el año pasado se transfirieron al sistema de salud 1.4 billones de pesos que fueron recaudados a través de las pólizas del SOAT. Qué otros elementos valdría la pena mencionar en términos de cifras, primero la tarifa, no es una tarifa de mercado, es una tarifa fijada por el Estado, o sea este no es un mecanismo de mercado, las empresas que operan en el ramo de SOAT, simplemente cobran la tarifa que determina cada año la Superintendencia Financiera de Colombia, dependiendo de la suficiencia que tiene el sistema para operar, muy importante y en eso quisiéramos hacer mucho énfasis, el resultado técnico del negocio, o sea el resultado de la operación aseguradora es deficitario o sea el SOAT como seguro obligatorio pierde dinero todos los años, en los últimos, del año 2013, al

2018, el resultado técnico ha sido negativo, también lo fue en el año 2019, las personas podrían preguntarse, bueno y entonces cómo es que el sistema opera, bueno, el sistema opera porque los ingresos financieros derivados del manejo de las pólizas del SOAT, permiten que las compañías de seguros obtengan una utilidad, que no es una utilidad gigantesca.

En el año 2019, la totalidad de las compañías que operaron el SOAT en nuestro país, obtuvieron utilidades por 15 mil millones de pesos, cuando pensamos que se trata de una actividad que mueve más de 4 millones de pesos, 15 mil millones de pesos de utilidad me parece a mí que es una cifra perfectamente razonable, el SOAT sí tiene dos problemas serios, que no son objeto de este proyecto de ley, que debería ser objeto de otro tipo de iniciativa legislativa.

La primera de ella es la evasión, 49% de los automóviles que circulan o de los vehículos, para ser más preciso, que circulan en nuestro país, no tienen SOAT a pesar de que el seguro es obligatorio, el 49% de los vehículos operan sin el seguro obligatorio y tenemos un problema de corrupción, no es un problema de corrupción generalizado, pero sí hemos constatado sobrecostos muy importantes en los servicios de atención médica, en algunas EPS y en algunas IPS a nivel regional y a nivel de las grandes capitales ahí hay un problema serio, pero ese no es digamos objeto de la naturaleza del proyecto que estamos hoy discutiendo.

Por lo tanto quisiéramos dejar muy en claro, que el SOAT ha sido un instrumento eficaz de política pública para garantizar que la accidentalidad que es inevitable en nuestras vidas y que ojalá pudiera reducirse en su volumen, no se transforme en un problema de salud adicional, el SOAT ha resuelto esas dificultades.

Y tres, comentarios muy puntuales sobre el proyecto de ley, al sector asegurador le preocupa especialmente que en el proyecto de ley a lo largo de todos los artículos y desde el artículo 16 en adelante se denomine como aseguradoras en salud a las EPS, las EPS no son compañías aseguradoras, lamento discrepar de la manera como fue redactado el proyecto, una aseguradora es primero que todo, una compañía que está sometida a un régimen de reservas supremamente estricto, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia, en la medida en que, el reconocimiento de los siniestros, exige una metodología matemática supremamente compleja, denominar a una EPS, como una aseguradora, es un error semántico, primero, pero adicionalmente confunde sobre cuál es el objeto, que cumple la EPS y el que cumple una aseguradora. Nos preocupa además que, al designarlas como aseguradoras, en líneas generales deberían cumplir con una doble misión, en materia de vigilancia-inspección y control, pues deberían ser sujetos de control de la Superintendencia Financiera de Colombia, cosa que no tiene ninguna lógica. Adicionalmente, las aseguradoras, los contratos de seguros, son contratos privados, y voluntarios, por lo tanto, determinar que una EPS es una aseguradora, realmente riñe con el principio general del régimen de seguros.

Y nos preocupan dos otros temas, en el artículo sexto, se incorporan las pólizas de salud, las pólizas de salud, son contratos privados y voluntarios que las personas pueden adquirir con las compañías aseguradoras, para complementar la protección que tienen el sistema general de salud, esas pólizas de salud, representan hoy en día, alrededor de 2.5 millones de pesos, pero nos preocupa que en el proyecto de ley, se asimilan estas pólizas de salud que son voluntarias y contratos privados, al régimen de seguridad social y el régimen de seguridad social es por

definición voluntario y universal, lo que no coincide con el sistema de pólizas de salud.

Y una preocupación menor, pero no de todo tipo, digamos no despreciable, está la supervisión de los conglomerados en el artículo 63, la idea de que los conglomerados económicos, si tienen operaciones que tengan que ver con el régimen de salud, serán vigilados por la Superintendencia de Salud, duplica el sistema de control, los conglomerados ya todos aquellos que tienen que ver con compañías de seguros, son vigilados por la Superintendencia Financiera, entonces sometería a las compañías de seguros, que presten o que tengan alguna actividad en el sector de salud, por ejemplo que puedan tener dentro del conglomerado una EPS, a que sean adicionalmente vigiladas por la Superintendencia de Salud, lo que a nuestro parecer pues una duplicación de la labor de vigilancia-inspección y control del Estado.

Esas son señora Presidenta, nuestras observaciones, nuevamente muchas gracias por la invitación y el espacio que nos han dado, y estamos dispuestos para cualquier inquietud o solicitud que ustedes tengan, todo esto se lo estamos haciendo llegar a ustedes en la Comisión por escrito, para que ojalá puedan tener en cuenta nuestras observaciones, buen día para todos señora Presidenta.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias doctor Miguel Gómez, por su intervención, en representación de Fasecolda, y antes de continuar con las intervenciones, yo quiero pedirle al secretario de la Comisión, que nos ayude verificando la asistencia de personas que aún no han respondido al llamado, pero sí confirmaron su asistencia a esta sesión, yo tengo aquí en mi lista de personas que han respondido, tengo a la doctora Adriana Elena Peña, en representación de los usuarios, que sería la persona que continuaría con la intervención, tengo al doctor Juan Carlos Granados, secretario de salud de Sucre, tengo al doctor Javier Villamizar, secretario de salud de Santander y tengo a la doctora Sandra Castro, de la Federación Colombiana de Municipios. Señor secretario se encuentra en plataforma, por favor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Sí señora Presidenta.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchas gracias, por favor verifiquemos qué personas están en plataforma, que fueron invitadas a la sesión de hoy que aún no han respondido, para tenerlos en la lista de intervenciones.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Con todo gusto señora Presidenta, vamos hacer el llamado y si las personas están conectadas en plataforma todavía, pues por favor que nos contesten, tenemos a la Presidenta, Presidenta Sindess Magdalena, doctora Nidia Beatriz Castañeda Pertuz, no está conectada Presidenta, por Anas Wayuu, la doctora Beda Margarita Suárez.

Gerente Anas Wayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena doctora Beda Margarita Suárez:

Presente.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Sí va a intervenir doctora Beda, doctora Beda va a intervenir?

Gerente Anas Wayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, doctora Beda Margarita Suárez:

Sí señor secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias, el doctor Juan Carlos Giraldo, no participa hoy, porque él tiene tres delegados, de los cuales ya han intervenido dos, el doctor Óscar Galvis, director del Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Óscar Galvis.

Representante del Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Presente, represento, estoy yo Guillermo Villamil en reemplazo del doctor Oscar Galvis.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Me repite despacio el nombre, Guillermo

Representante del Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Guillermo Villamil Iregui.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Va a intervenir doctor Villamil?

Representante del Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Una pequeñísima intervención.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias, la doctora Rosa Emilda Vargas, Secretaria de Salud de San José de Cúcuta, está conectada.

Secretaria de Salud Municipal - San José de Cúcuta, doctora Rosa Emilda Vargas:

Sí señor, estoy conectada.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

¿Y va a intervenir?

Secretaria de Salud Municipal - San José de Cúcuta, doctora Rosa Emilda Vargas:

No, en este momento no puedo intervenir, no señor, muchas gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Perfecto, gracias, por la Alcaldía de Bucaramanga, la Secretaria de Salud y Medio Ambiente, que fue delegada, no contesta, no está conectada, por la Andi, el doctor Bruce Mac Master o su delegado.

Directora de Gestión Técnica Federación Colombiana de Municipios, doctora Sandra Milena Castro Torres:

Secretario, le pido excusas es que no encontré el botón del micrófono, pero estoy conectada Sandra Castro de la Federación Colombiana de Municipios.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctora Sandra, ya señora Presidenta la tiene en lista para intervenir.

Directora de Gestión Técnica Federación Colombiana de Municipios, doctora Sandra Milena Castro Torres:

Sí señor.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena, doctor Jorge Bernal:

Secretario, buenos días, también por parte de la Secretaría de Salud del Departamento del Magdalena y la Gobernación del Magdalena.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Por la Secretaría de Salud del Magdalena.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena, doctor Jorge Bernal:

Y estoy delegado por parte del secretario y del Gobernador, yo soy asesor del despacho del Gobernador Jorge Bernal.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Me repite su nombre.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena, doctor Jorge Bernal:

Jorge Bernal.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Bernal.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena, doctor Jorge Bernal:

A usted muy amable.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Secretario de Salud y Gobernación del Magdalena, seguimos, el doctor Dieb Maloof, como Gerente General de la Clínica La Misericordia, doctor Dieb Maloof Cuse, estaba practicando una cirugía, parece que no sea terminado todavía y por Asinfar, el doctor José Luis Méndez, Presidente Ejecutivo de Asinfar, gremio de laboratorios de las farmacéuticas nacionales, no está conectado, bueno señora Presidenta, los que contestaron, es porque están conectados y ya tenemos claro quiénes van a intervenir y quienes no, no pasa de 7.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Así es señor secretario, le agradezco mucho.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Y la doctora Sandra Castro que sí está conectada, como delegada de la Federación Colombiana de Municipios, que no encontraba el micrófono.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena doctor Jorge Bernal:

Les solicito por favor que no se incluyan las intervenciones Magdalena gracias.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Claro al doctor Jorge Bernal.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Pero es la secretaria, secretaria de salud del Magdalena no, es la misma intervención, el doctor Jorge Bernal.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena doctor Jorge Bernal:

Sí así es.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Asesor del Gobernador, y en representación de la Secretaría de Salud del Magdalena, el doctor Jorge Bernal.

Delegado de la Secretaría de Salud y la Gobernación del Magdalena doctor Jorge Bernal:

Así es, muchas gracias.

Presidente (e) honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ya lo tenemos en lista de intervención gracias, claro que sí, gracias señor secretario, bueno continuamos con la doctora Adriana Elena Peña, en representación de los usuarios, ¿se encuentra la doctora Adriana Elena Peña en plataforma?

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

No la veo.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Okey, continuamos, ella respondió al llamado a lista al inicio, pero en este momento no está en plataforma, entonces continuamos con el doctor Juan Carlos Granados, de la Secretaría de Salud de Sucre, ¿se encuentra presente doctor Juan Carlos Granados?

Secretario, de Salud de Sucre, doctor Juan Carlos Granados Villa:

Sí señora Presidenta, dame un minutico y ya estoy en línea.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Claro que sí, muchas gracias.

Secretario, de Salud de Sucre, doctor Juan Carlos Granados Villa:

Con unos buenos días para ustedes, honorable Senadora Fortich, Presidenta de la sala, a todos los honorables Senadores y a todos los asistentes a esta importante cita.

Mire, yo voy hacer muy sucinto frente a los planteamientos que Sucre, en representación de su señor Gobernador Héctor Olimpo Espinosa, quiere hacer en esta mesa y recoge algunos elementos de algunos de los compañeros de la Federación Nacional de Departamentos, que estuvimos intercambiando opiniones y conceptos en la semana pasada en la ciudad de Bogotá.

El primer elemento que yo quiero rescatar, voy hacer muy sucinto, porque ya hemos oído demasiada discusión en torno al tema, nosotros como territorio necesitamos eso, claridades y cosas contundentes, cosas que nos ayuden aclarar el panorama, sobre todo desde la perspectiva de la entidad territorial.

Uno de los elementos que nos parece importante es resaltar que, nos gusta mucho el espíritu de la ley, creo que hay un gran esfuerzo en recoger todos los elementos de la 1751 y tratar de desarrollarlos a partir también del Plan Nacional de Desarrollo y toda la política de atención integral en salud del país, todos los desarrollos MIAS y todo eso, nos parece que recoger estas iniciativas y darles la altura de ley, pues le va a consolidar un trabajo que ya el Ministerio de Salud, en cabeza de las diferentes direcciones generales, vienen adelantando en toda la República. Eso me parece importante porque ya hay un camino recorrido con eso, estamos transformando un sistema hacia una versión de gestión de riesgo, que me parece muy adecuada, nos parece muy adecuada y nos parece de resaltar.

Uno de los elementos que en este rescate tiene que ver con, la territorialización de la salud y eso yo creo, quiero detenerme en eso, sin antes señalar que la pandemia nos ha dejado una gran enseñanza al sector y lo hablo pues nuevamente desde el territorio, que es la baja preparación que tenemos en los niveles primarios y en los niveles, la atención básica en salud, si algo estamos descubriendo y es que la alta tecnología, el desarrollo de los grandes centros hospitalarios queda desprotegido, si no hacemos una articulación a través del espíritu de esta ley, para fortalecer los niveles primarios.

Todo esto que tenemos entorno al desarrollo del prestador primario, todo el esfuerzo que tenemos para que las empresas sociales del Estado, que es como la institucionalidad de la prestación y todos los otros prestadores se organicen para llevar a lo que hemos denominado la desinstitucionalización del servicio, para poder llegar como lo decía la Senadora Sandino al comienzo, para poder llegar a una salud mucho más participativa, mucho más cierta y verdadera en las zonas dispersas como es el ejemplo para el Departamento de Sucre.

Yo creo que este es uno de los esfuerzos más importantes de la ley y si logramos que en este esfuerzo legislativo, fortalezcamos y tengamos las herramientas para poder fortalecer aquellos que llamamos la salud rural y la atención primaria en salud, pues vamos a darle

un gran impulso a todos los que vivimos y convivimos en el sector todos los días.

Pero me quería detener como le mencionaba ahora, en la territorialización, miren, yo soy un hombre que he trabajado en pos de fomentar la descentralización de los servicios de salud, esto es, como hacemos en el territorio, en la operación, un sistema real, un sistema que atienda las necesidades verdaderas de los diferentes actores del sistema, y en esto pues Colombia atravesó en la década de los 90 el proceso de municipalización y descentralización territorial, un trabajo muy importante pero que se vio truncado a partir del inicio de la década del año 2000, cuando perdimos el hilo conductor de la asistencia técnica en los territorios, entonces terminó esto después del ejercicio de la Ley 100 y la Ley 10, que descentralizó, en un ejercicio en el cual quedamos, con la competencia en los territorios, en los municipios y en los departamentos, pero con una asistencia técnica baja y yo diría nula y la doctora Mery Barragán que está por parte del Ministerio no me dejará mentir.

Esto es una enseñanza de cómo uno no puede descentralizar sin acompañar a las entidades territoriales, en este caso a los departamentos y a los municipios para el montaje de un asunto tan delicado y tan importante que corresponde casi que al 50% del presupuesto de los territorios, en departamentos y municipios en todo el país. Entonces ahí hay un camino por construir que es un modelo de asistencia técnica a los Departamentos y de ellos a los municipios que está en deuda el país y que todo el mundo, cuando uno va a los territorios reclama.

En esa territorialización, bien lo decía, hay dos elementos que a nosotros desde el territorio vuelvo e insisto, vemos que le ha faltado espíritu a la ley, o sea ya reconocemos como les decía al comienzo, todos los esfuerzos para que, en el componente de MIAS y del país sea desarrollado a lo largo y ancho de los departamentos, pero vemos con preocupación cómo la inspección, la vigilancia y control que es una de las funciones delegadas del sistema de la estrategia directiva del sistema, delegada a los municipios, a los departamentos y ellos a los municipios, pues tiene serias dificultades y en esta ley, yo quiero llamar la atención, porque no tenemos todas las herramientas que nos permitan hacer una labor articulada, una labor contundente, porque si uno se detiene a reparar todas las intervenciones, lo que ha faltado aquí es inspección, es vigilancia y es control, porque no hemos empoderado a los departamentos, porque no hemos podido tampoco darles herramientas para que ellos hagan una IPC, de acuerdo al reto que tienen.

Entonces uno mira, uno se sienta con los prestadores, uno se sienta con los aseguradores y todos tienen la misma disyuntiva, que el problema es del prestador, el problema es del asegurador, yo creo que el problema es que no le hemos dado las herramientas a la que la inspección, vigilancia y control funcione verdaderamente en el país y eso tiene que ver con todo, entonces veíamos por ejemplo y todo el mundo, para nadie es desconocido y no quiero llamar en estos ejemplos que voy a poner, es como para ilustrar lo que quiero contarles.

Todo el mundo, ha asistido a las dificultades que tenemos, para poder hacer inspección, vigilancia y control, en aquellas aseguradas que en el territorio no cumplen lo que está establecido, en el tema contra actual y las pretensiones que tiene la ciudadanía con respecto a un servicio de calidad, y oportunidad y todo aquello.

Si tenemos el diseño, esas herramientas para hacer valer esa representación, esa delegación del Estado, del Gobierno nacional en los territorios, para poder hacer valer la inspección, vigilancia y control, pues vamos a tener una alineación de muchos de los elementos, pero

no vamos a tener las competencias y las herramientas para nosotros poder vigilar, todo aquello que se genere en el territorio. Yo creo que eso es contundente, porque detrás de eso, todo lo que tiene, en cuanto a los actores, en cuanto a las EPS, en cuanto a los diferentes actores en el territorio que necesitamos con urgencia, que queden unas herramientas para poder consolidar este aspecto.

Y dentro de esta territorialización también nos llama la atención y lo mencionaba al comienzo, como en el proceso de descentralización llegamos hasta constituir las empresas sociales del Estado, las direcciones locales de salud, en un territorio como Sucre que tiene la gran mayoría de sus municipios descentralizados, con una descentralización que está carente de asistencia técnica, de acompañamiento a los niveles municipales, pero sí que tenemos una autonomía clara, dura y contundente, en las empresas sociales del Estado.

Y yo quiero llamar la atención, porque podemos hacer todos los ajustes que tengamos, pero si no nos sentamos a reparar cuál es la autonomía que tienen esas empresas sociales del Estado para poder generar un verdadero acople de integración con los modelos de atención, de los departamentos y las redes, de atención de servicios, no vamos a tener una acción conjunta, una función articulada. Entonces ahí yo entiendo que el Ministerio está haciendo un esfuerzo muy grande para definir portafolios, para sacar del medio ese modelo de negociación entre prestador y asegurador, que ahí es donde, o le va bien al hospital o le va mal, y donde generamos unos riesgos para la contratación de recursos y todo eso, yo creo que eso es urgente, que tengamos en cuenta, yo sé que eso toca, escenarios de la autonomía territorial y todo eso, pero si vamos a ponernos hacer una reforma al sector salud, yo diría, que tenemos que empezar, por reconocer que aquellos municipios que no tienen la autonomía y la capacidad, tendríamos que entrar a revisar las juntas directivas y todo aquello, tenor de propuestas que tienen hoy, sumidos en Sucre, se los cuento tranquilamente, de las 27 unidades del Estado que tenemos, tenemos 27 en riesgo financiero o quebradas.

Entonces hay ahí una preocupación muy grande de poder ajustar todos estos mecanismos, pero se nos está olvidando la IDC la territorialización y a lo que se llama municipalización del servicio, si logramos ajustar todo esto, les puedo asegurar que todo lo que hemos, pretendemos hacer en este caso los municipios de Sucre, tenemos 15 municipios que están en la estrategia PD, los municipios de planificación con enfoque territorial y en eso pues esta toda la política de salud rural y todo lo que vamos hacer para desistitucionalizar el servicio.

Pero si no lo tenemos articulado con un respaldo de las entidades territoriales para poder controlar y poder articular una acción, a todos los diferentes actores, estamos pues perdiendo oportunidades. Yo quiero dejar ahí, yo quiero plantear estos elementos no más, estoy de acuerdo con todos los planteamientos que han mencionado, pero a nombre de Sucre repito, el señor Gobernador Héctor Olimpo Espinosa, en nombre propio Juan Carlos Granados, pues queríamos dejar esta constancia, de esta intervención, muchas gracias señora Presidenta, señor secretario, honorables Senadores y gracias, por el espacio.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Claro que sí, muchísimas gracias doctor Juan Carlos Granados Secretario de Salud de Sucre, por su intervención y su participación en esta audiencia pública y continuamos en este momento con el doctor Javier Villamizar, Secretario de Salud del Departamento de Santander, doctor Villamizar se encuentra en plataforma.

Secretario Departamental de Salud de Santander doctor Javier Alonso Villamizar Suárez:

Senadora Laura muy buenos días, un saludo muy especial a los honorables de la Comisión Séptima del Senado y gracias por la invitación.

Desde Santander, hemos estado muy atentos a las invitaciones, también el acompañamiento de la Federación de Departamentos y hemos visto, analizando lo que tiene que ver con la parte del proyecto de ley, que se está estudiando en este momento, se ha venido estudiando y hemos tenido la oportunidad de reunirnos con los colegas del país, con los demás secretarios, estoy completamente de acuerdo, parte puntual el capítulo cuarto, en donde el componente de aseguramiento, el artículo 18 que es el régimen único de salud, ya que no deben existir diferencias entre régimen subsidiado y contributivo, así como la posibilidad del traslado de régimen especial a régimen contributivo, esto está enmarcado también en la Constitución, no deben de existir regímenes diferenciales de salud, porque los derechos fundamentales son igualitarios y universales, por principio, por ello deben unificarse los planes de beneficios, celebro esta parte y obviamente hemos analizado muy bien acá, este artículo y este proyecto de ley acá en Santander.

En la parte del capítulo de salud pública, en referencia a los planes territoriales de salud y algo muy similar, en este momento lo comentaba el secretario de salud de Sucre, el doctor Juan Carlos, las entidades territoriales, donde dice que tendremos la responsabilidad de caracterizarlos principales riesgos epidemiológicos de forma articulada con las aseguradoras, definirán acciones y metas y evaluaremos, pero se responsabiliza a los entes territoriales, pero los recursos y el gobierno del sistema está en las EPS, está demostrado que estas no coordinan con los entes territoriales y escasamente responden al Ministerio y la Supersalud.

Hemos perdido este liderazgo de, esto quedó demostrado en la pandemia, los planes territoriales sean convertido en una muestra de propósitos que se distancian de lo que el ente territorial puede hacer, con los escasos recursos del plan de intervenciones colectivas, sin afectar los destinados a la atención individual y que son manejados a su gusto y cálculo de rentabilidad por las EPS.

No se hace explícita la participación social de las comunidades de la construcción de estos planes, se pierde la autoridad, se pierde la autonomía, se pierde la visión del medio plazo de la planificación en salud y no se tiene en cuenta la ciudadanía en el aporte de soluciones, según el análisis de la situación de salud en el sistema en Colombia. Se hace necesario, incluir enfoques de atención diferencial, intercultural, etnicidad de género, grupos sectarios, territorial, víctimas y personas desmovilizadas de manera explícita, esto en cuanto al modelo de atención, entonces, esto sí tener muy en cuenta y darnos esas facultades, esas herramientas para nosotros poder realizar esta función y fortalecer la inspección, vigilancia y control, pero realmente tener una verdadera herramienta en base a las aseguradoras en este momento las EPS, esta sería mi intervención y agradecerle nuevamente, por este importante espacio, muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchas gracias a usted, doctor Javier Alonso Villamizar, en nombre de la Secretaría de Salud de Santander, por su intervención y aporte al proyecto de ley y continuamos con la doctora Sandra Castro de la Federación Colombiana de Municipios y se prepara la

doctora Beda Suárez Gerente de Anas Wayuu, tiene la palabra doctora Sandra Castro.

Directora de Gestión Técnica Federación Colombiana de Municipios doctora Sandra Milena Castro Torres:

Presidenta y honorables Senadores, demás asistentes de la audiencia, muchísimas gracias por la oportunidad de participar en estas audiencias regionales.

Nosotros desde la Federación siempre hemos reconocido las bondades que ha tenido en estos últimos 30 años, en nuestro sistema de salud, es muy significativo tener ahora afiliados a más de 49 millones de colombianos, con un porcentaje pues de afiliación, por lo menos de seguridad social de más del 27%, ese logro de la universalidad es sin duda de la mano de la descentralización, hemos tenido avances en equidad, en, digamos, en el gasto pues de bolsillo de los ciudadanos, en acceso pues algunos derechos, como los temas del aborto, los derechos de personas del mismo sexo, en fin, digamos que tenemos avances muy importantes, incluso los de acceso a rutinas o tratamientos de enfermedades de alto costo.

Pero también desafortunadamente el sistema ha acumulado ineficiencias importantes, que en especial se concentran en los municipios que están fuera de los centros de desarrollo, en donde la calidad de los servicios y la accesibilidad de los mismos de hecho han venido retrocediendo, en los últimos años y esto sea reflejado en costos digamos crecientes, incluso, para el sistema por supuesto también en deudas muy altas por partes de las EPS.

Y estas ineficiencias que hemos acumulado, pues terminan deslegitimando esos logros que ha tenido el sistema, por eso creemos que esta es la oportunidad para hacer ajustes importantes, este proyecto de ley debería poder abarcar temas como por ejemplo, poner en marcha la ley estatutaria de salud, desde perspectiva de definir las exclusiones del sistema, que es uno de los aspectos centrales en donde deberíamos enfocarnos. Por supuesto la integración plena de los regímenes subsidiado y contributivo, tanto en la igualdad del valor de la UPC y de los contenidos de los planes de beneficio, como en sus procedimientos operativos y en la necesidad de territorializar y de asignar poblaciones específicas a las EPS, hay un avance aquí en el proyecto de ley, pero faltan algunos aspectos. También es necesario rediseñar y repensar el sistema de salud para los territorios que funcionan como zonas dispersas, aquí ya han mencionado varias veces que el criterio de rentabilidad económica pues no es el criterio adecuado, ni en las zonas dispersas, ni en las zonas rurales, en donde deberíamos tener un modelo de salud rural.

Igualmente también necesitamos un modelo de zonas urbanas y metropolitanas que básicamente está orientado en un replanteamiento en los modelos de operación de las direcciones territoriales de salud de los departamentos y de los distritos, en conjunto con las EPS y las ESE y sobre todo, es importante lograr que haya un Estado fuerte, tanto en el nivel nacional, es decir, sobre la Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud, pero también un Estado territorial fuerte, necesitamos que nuestras secretarías de salud departamentales y municipales puedan ejercer esa autoridad sanitaria, con control para que se hagan cumplir todas las responsabilidades asignadas en el sistema, es decir, que por ejemplo las ARL, o las EPS, cumplan con ese papel de agentes de sus afiliados, garantizándoles la oportunidad y la continuidad en los servicios sanitarios.

Que haya una relación equilibrada y cumplida con los prestadores, es decir que se haga efectiva la exigencia de

la calidad en los servicios, pero también el pago porque uno por ellos, que los empresarios por supuesto afilien a sus trabajadores al sistema general de seguridad social en salud y que cumplan con las condiciones laborales, digamos que los municipios tienen que fortalecer su actividad en este tema, pero por supuesto también logra que los ciudadanos independientes se vinculen y aporten y aporten lo que tienen que, lo que le corresponde dentro del sistema.

Que las IPS presten esos servicios de calidad, de acuerdo con las necesidades de los pacientes, por supuesto evitando prescripciones innecesarias, y que la industria farmacéutica funcione con precios razonables, sin promover usos innecesarios. También necesitamos encontrar nuevas fuentes de financiamiento para el sistema de salud, en especial para los territorios y dar solución por supuesto a las deudas acumuladas y desarrollar un sistema de cuidados o de servicios complementarios que resuelvan en el marco de una política de protección social, el modo de operación y de financiamiento de esos servicios sociales que hoy tienen que hacerse por vía judicial y que cargan al sistema de salud, como los albergues, el transporte, los cuidadores, bueno las sillas de ruedas, en fin, este tipo de cosas.

Y también creemos que es importante la creación de una bolsa única, que esté destinada a enfermedades huérfanas, digamos estas prestaciones individuales que no están incluidas en esas prestaciones colectivas y que deberían ser administradas por la Adres. Siendo esto como las prioridades desde nuestras perspectivas de la forma de salud, o lo que debería orientar es, la oportunidad de este proyecto, en particular sobre el texto qué aspectos nos preocupa.

El primero, esa figura de las áreas territoriales de salud, que no pueden llegar a constituirse en sustitutos de los municipios o de los departamentos, porque es que no es claro, cuál es el objeto de esa figura dentro del proyecto, pero pareciera que no se están recogiendo las lecciones de la epidemia de la pandemia que estamos viviendo, que claramente dejar la importancia del liderazgo local, porque actualmente lo que estamos viendo para el control del Coronavirus, es que lo que necesitamos es un modelo de atención primaria en salud, deberíamos estar o debemos estar concentrados en la identificación y el aislamiento de casos.

Bueno justamente este proyecto de ley debe establecer nuevas jurisdicciones en función de garantizar la operación del mercado, pero debe estar orientado a buscar opciones para que el Estado en sus niveles territoriales cumpla adecuadamente las tareas frente al sistema de salud, esas tareas que mencionamos anteriormente.

Nos parece problemático que la iniciativa imponga un sistema de salud y de monitoreo del riesgo de los usuarios, como una función de las aseguradoras de salud, cuando la ley estatutaria dice que ese sistema debe estar a cargo del Ministerio, creemos que esto debería más desarrollarse de acuerdo con lo que está en la ley estatutaria, la iniciativa está responsabilizando a los entes territoriales de caracterizar los riesgos epidemiológicos, pero no les está dando las herramientas financieras para cumplir esta tarea, entonces digamos que, correríamos el riesgo de que, pues que no hayan recursos expresamente asignados a las entidades territoriales para esa caracterización epidemiológica.

En lo referido al aseguramiento y a la prestación del servicio, nuevamente el punto de las zonas alejadas, porque, se está replicando un piloto que se realizó en Guainía, en donde, percibimos que esa figura tipo concesión, lo que hizo fue entregar mayor gobernabilidad a la EPS, que pasa hacer la aseguradora en salud, pero

disminuye la gobernabilidad de la entidad territorial, sin embargo, apenas se agota la UPC reforzada que se utiliza en el modelo, la entidad territorial termina cubriendo los gastos, entonces creemos que ese es un riesgo pues para nosotros.

Frente a las empresas sociales del Estado, se le da preeminencia a la posibilidad de liquidar los hospitales, bajo el entendido de que no son sostenibles financieramente, es decir, manteniendo un criterio que sea venido trabajando en los últimos años, que deja algunos territorios en el servicio de la única ESE que tienen, pero que está dejando por fuera las deudas que tienen las IPS, eso creemos, tampoco debería quedar así en el proyecto. Y en cuanto a la territorialización del aseguramiento y el tamaño mínimo de operación, creemos que es necesario evitar a que esta propuesta lleve a una tal reducción de las aseguradoras que se genera un mercado con muy pocos competidores, en el que queden muy pocas EPS y que permanezcan dentro del juego, además integradas con IPS, lo que puede generar detrimento en la calidad en la prestación del servicio de salud a los ciudadanos. Señora Presidenta estas son las observaciones muy respetuosas y esperamos, que sean de buen recibo en la Comisión, muchas gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Buena doctora Sandra muchísimas gracias, por todas las observaciones y los aportes para la construcción de este proyecto de ley, y le damos la palabra en este momento a la doctora Beda Margarita Suárez, Gerente de Anas wayuu EPS de circunscripción especial indígena, tiene usted la palabra.

Gerente Anas Wayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, doctora Beda Margarita Suárez:

Buenas tardes, se escucha bien doctora, señora Presidente.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Sí se escucha bien, aquí la estamos escuchando.

Gerente Anas Wayuu EPS de Circunscripción Especial Indígena, doctora Beda Margarita Suárez:

Muy buena tarde, un saludo cordial a todos, mi presentación, mis comentarios están resumidos en dos puntos.

El primero, participación de los grupos étnicos y el segundo, gestión integral de riesgos.

Me presento Beda Margarita Suárez, soy Wayúu, médica de profesión, soy la gerente de la EPS indígena Anas Wayuu. Esta es una institución con cobertura en el Departamento de La Guajira y hago parte de las 5 EPS indígenas que se encuentran en Colombia, de la cual tenemos asegurados alrededor de un millón de colombianos.

Como les decía el primer punto, participación de los grupos étnicos, donde el Estado colombiano pues tiene la obligatoriedad de garantizar la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en salud, sin embargo en esta propuesta, no es explícita la participación de los grupos étnicos, en especial los pueblos indígenas, como agentes del sistema de salud, conforme al enfoque diferencial, al reconocimiento que hace el Estado colombiano a nuestras realidades y a los procesos de gobernanza y autonomía.

No se refiere a las EPS indígenas en el marco del sistema indígena de salud propia intercultural contenido en la ley estatutaria, y cómo vamos a justar los procesos técnicos-administrativos, técnico-científico y diferenciales, para actuar como aseguradoras. Tomando acá las palabras del

doctor Miguel Gómez de Fasecolda, sobre el concepto de aseguradoras, pues demandaría fortaleza financiera y se está aseguradora en el caso de las EPS indígenas, a tres controles vigilancia y control, y control de vigilancia en la Supersalud, estaría también a la financiera por el concepto que presenta el doctor Miguel Gómez y también vigilancia a todas sus autoridades tradicionales.

Es claro para nosotros que debe existir un modelo de atención integral intercultural que tenga en cuenta la realidad sociocultural, territorial y epidemiológica de los pueblos, también es importante, mantener una articulación inspectiva, intersectorial y transectorial que permita la adecuada intervención de los terminantes sociales, muchos de los pueblos indígenas pues no tienen garantizada la seguridad alimentaria, el agua, el saneamiento básico, existe el desempleo, analfabetismo y en los últimos tiempos sobre todo en el departamento de La Guajira el fenómeno migratorio.

El fenómeno migratorio pues ha tenido afectaciones humanas, sociales y culturales de los pueblos, han existido conflictos en los territorios y además la aparición de enfermedades reemergentes, con este escenario es compleja la gestión de riesgo en salud para cualquier actor del sistema.

No se disponen de herramientas o instrumentos que permitan el adecuado abordar las diferencias regionales del país, la dispersión e infraestructura y capacidades en los territorios del Estado, no pueden ser abordadas con cálculo por dispersión para todas las zonas dispersas y mucho menos, sin estímulos para la inversión en recursos humanos, insumo, tecnología e infraestructura que permitan garantizar el derecho fundamental.

El abordaje de la gestión de riesgo, no contempla los efectos del incumplimiento de los deberes, por los usuarios, ni tampoco el efecto que genera realizar gestión de riesgo con poca capacidad resolutive en la red pública en algunos de los territorios indígenas.

El tratamiento que se da al incumplimiento de autocuidado, se reduce a un tratamiento en las cuotas moderadoras, muy compleja esa aplicación porque no toda la población tiene capacidad de pago. En cuanto al aseguramiento, persisten entidades responsables de gestionar riesgo, con nombres diferentes y exigencias patrimoniales mayores, persistiendo una visión económica del derecho a la salud.

Se crea un costo para EPS receptoras, basada en costos de mercadeo, volviendo a etapas superadas, con el concepto de promoción al aseguramiento, este costo a favor del sistema, desconoce además los costos acumulados por demandas reprimidas de servicios y que incurren las EPS, con ocasión de los traslados forzosos.

La UPC no enfatiza en las diferencias de costo en las diferentes regiones del país, se hace referencia de una prima de aseguramiento, pero realidad es un costo de administración, no se aborda el tema de tarifas regionalizadas para los servicios de salud, que se constituyen injustas para los prestadores y fuentes para determinar el costo en salud. Esa es mi participación les agradezco muchísimo y buena tarde a todos, gracias.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Muchísimas gracias, sí señor secretario, muchísimas gracias doctora Beda, por su intervención y aportes, sí señor secretario lo estamos escuchando.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Con su venia señora Presidenta, para anunciar el registro del honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza, por favor Senador Pulgar se nos registra en pantalla, Senador Pulgar lo veo conectado, se nos registra

por favor, Senador Pulgar Daza Eduardo Enrique, está conectado, lo estoy viendo en plataforma.

Subgerente Científico Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Estoy conectado, buenas, un saludo a los honorables Senadores y a la audiencia de compañeros de las instituciones de salud.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Permítame un segundito doctor Julio Méndez un momentico, estamos verificando la asistencia, yo lo vi conectado también, el Senador Pulgar y permítame un segundo para darle entonces la palabra, qué pena, un segundito.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Okey Presidenta, no, escuchemos al doctor Julio,

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Claro que sí, entonces doctor.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ya está conectado nuevamente el Senador Pulgar, no está cargándole el ingreso.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Okey, ahorita verificamos, ya está ahí, Senador Pulgar bienvenido, bueno no tiene el audio, pero ahí aparece en plataforma señor secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Aparece en plataforma.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ahí lo estamos viendo.

Honorable Senador Eduardo Enrique Pulgar Daza:

Señor secretario, buenas tardes, un saludo cordial a todos los Senadores.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias Senador Pulgar, hacemos su registro de asistencia.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Gracias secretario, bueno entonces, ahora sí doctor Guillermo Villamil, en representación del Hospital Universitario de Santa Marta, tiene usted la palabra muchas gracias, por favor doctor Villamil habilitar el micrófono, no lo estamos escuchando.

Subgerente Científico Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Me escuchan.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Ahora sí, muchas gracias.

Subgerente Científico Hospital Universitario de Santa Marta, doctor Guillermo Villamil Iregui:

Bueno, muchas gracias, es muy corto realmente, es una situación que se presenta actualmente en el país y que afecta transversalmente los capítulos del proyecto, del 2 al 7 y el 10, porque lo que más afecta es la financiación y sostenibilidad de las instituciones públicas de salud en este momento, y esa trazabilidad de los recursos es difícil de sostenerla para las instituciones, teniendo en cuenta un fenómeno que se está presentando actualmente y que debería ser tenida en cuenta en la reforma, así sea de manera transitoria, a eso se refirió quien me antecedió en

la palabra, la gerente de Anas Wayuu y es el proceso de migración.

Ya que en este momento las instituciones de salud, principalmente las que tenemos que ver con departamentos próximos a la frontera, estamos asumiendo gastos que en la atención del personal migratorio y aunque ha habido facilidad a través de las normas nacionales para el aseguramiento de estas personas, hay muchos personajes irregulares que no han logrado acceder a la seguridad social, pero sí se enferman y consumen recursos de salud, que posteriormente no pueden ser recuperados, porque a quiénes, aparecen vinculados que son los territorios, ellos tampoco cuentan con los recursos del nivel nacional, para poder cancelar estos servicios.

Por lo tanto considero yo, que en esta reforma tan importante, de manera transitoria mientras se soluciona el proceso migratorio, debería tenerse algún pedacito en financiación y sostenibilidad que tiene que ver con los capítulos, tiene que ver transversalmente con los otros capítulos enunciados en la atención de ese personal migratorio por parte de las instituciones de salud nacionales, que utilizan recursos que están destinados a los compatriotas, y que dejan de percibirse posteriormente porque no son recuperables, por eso sugiero muy respetuosamente, que hicieran un artículo transitorio, mientras se soluciona el problema de migración, para poder tener dentro de esta reforma de salud unos recursos destinados a la atención de este personal migrante que cada día es mayor, inclusive en procesos de salud pública, en procesos de gestión de riesgos, en el modelo de atención principalmente de obstétricos y niños, entonces es importante tener este pedacito, por allá en un acápite transitorio mientras se soluciona el proceso migratorio, muchísimas gracias señora Presidente, esa era mi intervención.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchísimas gracias doctor Villamil, por los aportes y observaciones frente al proyecto de ley, y finalizamos las intervenciones de la audiencia del día de hoy con el doctor Jorge Bernal, de la Secretaría de Salud del Magdalena, ¿doctor Jorge Bernal se encuentra en plataforma por favor?, hacemos un segundo llamado al doctor Bernal

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Bernal.

Delegado de la Secretaría de Salud del Magdalena, doctor Julio Bernal Conde:

Aquí presente, buenos días.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Buenos días, lo estamos escuchando, sí, ahí lo estamos viendo, gracias.

Delegado de la Secretaría de Salud del Magdalena, doctor Julio Bernal Conde:

En nombre de nuestro Gobernador el doctor Carlos Caicedo y nuestro secretario de Salud, el doctor Julio Salas, me ha solicitado que lo represente y quiero hacerle algunas observaciones, igual que los demás compañeros, muy sucinta y precisa al respecto al proyecto de ley.

Lo primero que queremos decir, es que nos parece que respecto a los entes territoriales y a la gestión que hacemos en los departamentos y en los municipios, pues debo expresar las mismas preocupaciones que vengo oyendo desde la mañana de los diferentes secretarios, particularmente lo que exponía mi compañero de Sucre y de Santander, ahora al final, de sentir que el proyecto de ley, no aporta a contribuir las falencias, las dificultades

que tenemos los entes territoriales, especialmente en la articulación con los entes municipales y la situación de jugar el papel de rectoría, este es el primer punto que queremos plantear, no cumplir, el proyecto de ley tal como está planteado, no ayuda a resolver la gestión que se debe hacer desde los entes territoriales.

La segunda consideración, es el tema del, no hay un fortalecimiento de la salud pública como un componente fundamental del sistema de salud, no se habla de recursos nuevos, no se habla de elementos que permita facilitar el desarrollo de la salud pública, con tantas dificultades que tiene el país, y en particular como se ha dicho, evidenciado, en la misma aparición del Covid-19, que en la fragmentación que existe del sistema, pues no se logra una integralidad por los problemas estructurales que tiene el sistema de salud y que la ley no aborda.

El tercer elemento, lo retomo compartiendo la preocupación que expresó nuestra secretaria de salud del Atlántico, donde la fórmula como se plantea, de la apertura de nuevas formas de contratación entre las EPS y los prestadores de salud y aquí aplica también para el sector privado IPS del sector privado y las IPS del sector público, deterioran mucho más las capacidades y el fortalecimiento financiero de la red pública hospitalaria o sea, si hoy tenemos dificultades financieras que son tanta las deudas, la forma de hacer los contratos, la forma de definir las tarifas, la forma de liquidar los contratos y las glosas y todas estas situaciones financieras, tal como está planteado en el proyecto de ley, pues nos genera muchas más dificultades.

Lo siguiente que debo decir, es que, se deja como en apariencia que el proyecto de ley trae novedades importantes de carácter social, como el tema de igualar los planes de beneficios en el régimen subsidiado y contributivo o el tema de abrir un espacio a la atención primaria en salud, pues nosotros debemos decir que eso ahí existe, lo que pasa es que sean planteado o dificultades normativas o estructurales o de poco interés en las instituciones para qué se desarrolló y entonces realmente no son elementos novedosos que plantea el proyecto de ley.

En ese sentido, nosotros creemos que si las situaciones que son de fondo calado, de una situación de importancia en poder nosotros reorientar al grupo del sistema de salud en el país, si esas situaciones se mantienen, la propuesta nuestra es solicitar que se retire este proyecto de ley, igual que lo ha hecho otras instituciones y que permita una reflexión más pausada, más consultada en el interés que tiene el Congreso de la República, en el interés que tiene el Gobierno nacional y nosotros, de lograr consolidar nuestro sistema de salud en el país, muchas gracias, un saludo muy especial a los honorables Senadores y un agradecimiento por esta apertura de participación especialmente a nosotros en los niveles territoriales.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno muchísimas gracias al doctor Jorge Bernal por sus apreciaciones y recomendaciones frente a este proyecto de ley, de verdad les agradecemos a todas los participantes del día de hoy, de esta audiencia pública, pienso que todo los aportes que han hecho son valiosos, los vamos a tener en cuenta, el grupo de ponentes para la construcción de esa ponencia y por supuesto todos los miembros de la Comisión Séptima, para el momento de la discusión en primer debate que haremos en comisiones conjuntas con la Cámara de Representantes, pienso que ha sido, hemos tenido una gran participación hoy, principalmente de la región caribe y los Santanderes, y bueno esperamos en esta una oportunidad para mejorar el sistema de seguridad social en salud, para lograr un mejor

acceso, para que sea un sistema muchos más equitativo, para que mejoren la calidad y todo esto, en bienestar de todos los colombianos. Entonces señor secretario, no, si alguno de los Senadores de la Comisión desea intervenir o sino continuamos con el siguiente punto del orden del día, señor secretario.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Punto siguiente, proposiciones y varios ante la secretaria señora Presidenta, no hay ningún tipo de documento en trámite de proposiciones, se registraron 19 intervenciones, y destacamos las intervenciones de los Secretarios Departamentales de Salud.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Así es señor secretario, siguiente punto del orden del día, señor secretario.

Secretario doctor Jesús María España Vergara:

Totalmente agotado el orden señora Presidenta.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Bueno gracias señor secretario, damos por terminada la sesión del día de hoy, y se citará, el señor secretario, la mesa directiva y desde la secretaria se citará para la siguiente sesión de esta Comisión.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Señora Presidenta, decreto levantar la sesión a las 12:10, les recuerdo a los integrantes de la Comisión Séptima, que para mañana estamos convocados a las 9:00 a. m., audiencia pública del proyecto de ley 229, donde es ponente única la honorable Senadora que hoy está presidiendo esta sesión y tenemos sobre la licencia parenteral o licencia compartida, hay 17 invitados para mañana que confirmaron asistencia y para el día viernes 8:00 a. m., la última audiencia pública de las que programó el señor Presidente de la Comisión Séptima, para la región centro oriental del país, a partir de 8:00 a. m., plataforma zoom, le agradecemos altamente la asistencia y participación, a todos los que asistieron, a todos los que intervinieron en nombre de la Comisión Séptima del Senado de la República, gracias a todos y una feliz tarde. Sí señor Meza.

Coordinador de Asesorías ad honórem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad, doctor Alexander Meza:

Sí para lo siguiente, para complementar, resulta cuando intervino el doctor Stevenson Marulanda como representante del Colegio Médico Colombiano, el citó una sentencia, resulta que ayer 9 de noviembre la Corte publicó la Sentencia T-388 del 2020, estableció que los contratos de las enfermeras o del personal del servicio de salud no puede ser por prestación de servicios, el proyecto de ley lo quiere vender el Ministro de Salud y el gobierno para que se eliminen las EPS y que todo el personal de salud, va a ser contratado por contratación directa, el doctor Stevenson decía, no es una necesidad hacer una ley para especificar esto, ya la Corte lo ha dicho con esta sentencia, que tomó como referente otras y qué es lo que pasa con ese proyecto de ley, ya para terminar, lo que busca es favorecer el negocio redondo y pulpito de las EPS, que al convertirse en aseguradoras se les quita la obligación del querer de los fallos de tutela, entonces pueden mirar la sentencia T-388 del 2020, colgada y publicada ayer por la Corte y que ya establece que todo el personal de salud debe ser contratado de manera directa por las EPS y no por prestación de servicios, entonces no se necesitaría hacer una ley nueva como se pretende con este proyecto de ley, eso sería todo.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Gracias doctor Alexander, eso ya venía contemplado desde la Ley 1438 de 2011, la Corte lo que hizo fue ratificarlo vía jurisprudencial, pero eso ya estaba contemplado en la Ley 1438.

Coordinador de Asesorías ad honorem de la Red Centro Oriental de Personas con Discapacidad, doctor Alexander Meza:

Pero muchas personas en este momento desconocen.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

De nuevo gracias a todos y feliz tarde.

Presidente (e), honorable Senadora Laura Ester Fortich Sánchez:

Feliz tarde para todos.



JOSE RITTER LOPEZ
H.S JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
Presidente



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Vicepresidente



ORIGINAL FIRMADO
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
Secretario de la Comisión

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.-, Bogotá D. C., a los doce (12) días del mes de abril de dos mil veintiuno (2021).- Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2º, del artículo primero y el inciso quinto del artículo segundo de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, del Acta No. 36 de fecha miércoles (11) de noviembre de dos mil veinte (2020), correspondiente a la TRIGÉSIMA SEXTA SESIÓN de la Legislatura 2020-2021.

El Secretario,



ORIGINAL FIRMADO
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA