



*Rama Legislativa del Poder Público  
Comisión Séptima Constitucional Permanente  
Primer Período Legislatura 2012-2013  
Sesión del día martes 14 de agosto de 2012*

*ACTA No.3*

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 10:15 a.m. del día martes 14 de agosto de 2012, se reunieron en el recinto de Sesiones de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, los H. Representantes miembros de la misma, presidiendo el H. Representante Armando Zabaraín D'Arce.

**PRESIDENTE:** Señor Secretario, empecemos leyendo el orden del día para la sesión de hoy Martes 14 de Agosto.

**EL SECRETARIO:** Siendo las 10 y 50 se da inicio a la sesión, Congreso de la República de Colombia, Rama Legislativa del Poder Público, Comisión 7ª Constitucional Permanente, Legislatura 2012- 2013 Primer Período.

**ORDEN DEL DÍA PROPUESTO**

Para la sesión ordinaria de la comisión 7ª de la Cámara de Representantes, Fecha:  
martes 14 de Agosto del 2012  
Lugar: Recinto de Sesiones de la Comisión 7ª de la Cámara de Representantes Salón:  
Juan Luis Londoño de La Cuesta  
Hora: 9 y 30 am.

I

Llamado a lista y verificación del quórum.

II

Debate de control político, desarrollo de la proposición número 01 aprobada el día 24 de Julio del 2012.

III

Lo que propongan los Honorables Representantes

Rafael Romero Piñeros: Presidente  
Armando Antonio Zabaraín D` Arce: Vicepresidente  
Rigo Armando Rosero Alvear: Secretario.

Leído el orden del día señor Presidente.

**PRESIDENTE:** Sírvase llamar a lista señor Secretario.

**SECRETARIO:** 14 de Agosto del 2012, llamado a lista.

**CONTESTARON:**

1. Ávila Durán Carlos Enrique
2. Barrera Rueda Lina María
3. Díaz Hernández Holger Horacio
4. Duque Naranjo Yolanda
5. Flórez Asprilla José Bernardo
6. Ochoa Zuluaga Luis Fernando
7. Raad Hernández Elías
8. Ramírez Orrego Martha Cecilia
9. Romero Piñeros Rafael
10. Sierra león Pablo Aristóbulo
11. Valdez Barcha Juan Manuel
12. Zabarain de Arce Armando Antonio

**EN CURSO:**

1. Benavides Solarte Diela Liliana
2. Ramírez Didier
3. Yépes Flórez Víctor Raúl

**CON EXCUSA:**

1. Díaz Ortiz Gloria Stella
2. Escobar Córdoba Carlos Alberto
3. Pinilla Pedraza Alba Luz
4. Robledo Gómez Ángela María

12 Honorables Representantes han contestado el llamado a lista, señor Presidente tenemos quórum decisorio.

**PRESIDENTE:** Señor Secretario el siguiente punto del orden del día. Se pone en consideración el orden del día, tiene la palabra la doctora Martha Ramírez sobre el orden del día.

**H. REPRESENTANTE MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO:** Señor Presidente muchas gracias. Quisiera proponer modificación del orden del día en el sentido de que se aprueben unas proposiciones que básicamente algunas de ellas llevan un buen tiempo, dos semanas sobre la mesa, y dado que tenemos quórum y que se puede deshacer en cualquier momento le propondría eso señor Presidente.

**PRESIDENTE:** Señor Secretario sirva leer las proposiciones a que hace referencia la doctora Martha.

**SECRETARIO:** Tiene que aprobar la modificación del orden del día primero.

**PRESIDENTE:** Ponemos en consideración el orden del día con la modificación propuesta por la doctora Martha Ramírez, en consideración el orden del día, sigue la discusión, anuncio que se va a cerrar, queda cerrado, aprueban el orden del día propuesto con la modificación?

**SECRETARIO:** Si lo aprueban señor Presidente. Propositiones, cítese a debate de control político al señor Ministro de Interior, Dr. Federico Alonso Renjifo Vélez; a la señora Ministra de Justicia y del Derecho, Dra. Ruth Stella Correa Palacio; a la señora Ministra de Salud y Protección Social, Dra. Beatriz Londoño Soto; y al señor Director del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, General Gustavo Adolfo Ricaurte, para que responda ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes el siguiente Cuestionario, la sesión de Debate de Control Político se realizará en la fecha y hora que la Mesa Directiva programe, atendiendo la agenda legislativa del presente período. Firma, MARTHA CECILIA RAMIREZ ORREGO, hay preguntas para el señor Ministro del Interior, hay preguntas para la señora Ministra de salud y otras, señor Presidente, leída la proposición.

**PRESIDENTE:** En consideración la proposición leída, se abre la discusión, aviso que se va a cerrar, queda cerrado, aprueba la Comisión la proposición leída?

**SECRETARIO:** Sí la aprueba señor Presidente. Proposición, Ante el deber constitucional y legal que cobija a esta Comisión Séptima de Cámara, de presentar informe de observaciones al Presupuesto vigencia fiscal 2013, según lo señala el Artículo 4, de la Ley 3a de 1992, con el firme propósito de presentar un informe serio y argumentativo cítese al señor Ministro de Hacienda y crédito Público Dr. Juan Carlos Echeverry, para que se sirva explicar a esta Comisión el proyecto de presupuesto 2013, partiendo del aprobado, ejecutado y comprometido para el 2012, especialmente en el componente de inversión social, donde se puede apreciar el soporte presupuestal para los principales programas sociales del Gobierno, como son, Formalización, Régimen Salarial y Prestacional de Servidores Públicos, Agua potable, Deporte y cultura, Salud y Seguridad Social, Infancia y Adolescencia, Reparación de víctimas, Adulto Mayor, Discapacidad, y Mujer y Familia, firma Martha Cecilia Ramírez Orrego,

**PRESIDENTE:** Leída la proposición, se pone en consideración, se abre el debate, sigue la discusión, anuncio que se va a cerrar, queda cerrado, aprueba la proposición de la doctora Martha?

**SECRETARIO:** Sí lo aprueban, ha sido aprobada la proposición.

**PRESIDENTE:** Tiene la palabra el doctor Armando Zabarain.

**H. REPRESENTANTE ARMANDO ZABARAIN D'ARCE:** Señor Presidente, en esa proposición yo creo que si la leemos nuevamente observamos que dice presentar un informe serio, no sé, yo creo que estaría fuera de lugar poner informe serio, pues lógicamente el Ministerio de Hacienda debe presentar el informe, yo creo que es de mal gusto haberlo puesto así, no? Solamente eso señor Presidente.

**PRESIDENTE:** Doctora Martha, tiene la palabra.

**H. REPRESENTANTE MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO:** No es que no se trata de decir que el Ministro presente un informe serio sino que esta Comisión en múltiples ocasiones, cada vez que ha traído aquí a COLDEPORTES, cada vez que ha traído ICBF, cada vez que ha hablado de los temas sociales viene la inquietud de que los presupuestos siempre se quedan cortos y aquí hemos prometido, y Juan Valdés no me deja mentir y los otros que han insistido tanto en el tema en que esta Comisión va a colaborar para que en los presupuestos año tras año se refuercen los rubros para los temas sociales, realmente nosotros tenemos la obligación frente a La Constitución de presentar un informe frente a lo que pensamos en materia de presupuesto y la verdad que para sustentarlo en las Comisiones, por qué propongo que invitemos a la Ministra para que hablemos con él, ustedes saben que este es un tipo de proyectos que es de iniciativa de Gobierno y que lo que no se discuta en forma, yo por eso coloqué la palabra serio ahí, realmente no queda así, nosotros presentemos una observación, pero si no se discute bien con el Ministro el tema se queda en el aire, básicamente ese es el sustento, y no dije que el Ministro no rinde un informe serio sino que para que nosotros podamos hacer observaciones más propositivas y de más contundencia.

**PRESIDENTE:** Señor Secretario siga con el siguiente punto del orden del día.

**SECRETARIO:** Tercer punto, debate de control político, desarrollo de la proposición número aprobada el día 24 de Julio de 2012.

**PRESIDENTE:** Queridos colegas, pues esta proposición se aprobó con el objeto de que tuviéramos de parte de todos los actores, propuestas concretas, no venir aquí a quejarnos de que fulano tiene la culpa, de que esos son las IPS's que son las EPs's, no, sino propuestas concretas porque ustedes recuerden que ya hay en trámite en las Comisiones Primeras de Senado y Cámara propuestas de Ley estatutaria, y lo que queríamos era eso, elementos de juicio para nosotros ir a coadyuvar esa discusión en la Comisión Primera puesto que no se va a dar la discusión de la ley estatutaria en la Séptima, pero miren en qué estamos, no se si fue porque dijimos fue propuestas y a la hora de propuestas aquí la única que veo es a la doctora Elisa, pero no veo todos los sectores, o es que la gente le gusta es venir a hacer el protagonismo, el show, el discurso, decir fulano es el culpable pero a la hora de propuestas, yo no veo, desde el punto de vista de esta Comisión absolutamente lamentable y deplorable que los actores que uno ve en los medios de comunicación saliendo a decir cosas a la hora que los citamos para proposiciones no viene, bueno? De todas maneras es nuestra función, aquí la gran mayoría de los que estamos en esta Comisión conocemos del sector, conocemos de la problemática doctora Martha, nos comparte de lo que está conversando con el Vicepresidente que me abandonó, señor Vicepresidente debería estar sentado aquí en vez de estar conversando con la doctora Martha, doctor Zabarain, más bien vengase aquí a apoyar. Entonces, retomo, o cancelamos esta sesión permanente porque no va a servir para nada, yo creo que no tiene ninguna razón hacer una sesión permanente para que nadie venga a ser propositivo y reitero los que estamos aquí que conocemos del sector, avanzamos cada uno en las ideas que tenemos, ya hay varias propuestas, ya hay radicadas algunas, y

avanzamos porque esto así no puede ser, que nos quedamos solamente en el discurso y a la hora de hacer algo los actores no están presentes, después que no se quejen, no?, después que no digan que es que no tuvieron la oportunidad de ser escuchados en el Congreso, después que no digan que es que el Congreso fue indolente, aquí estamos dispuestos a escucharlos, pero con ellos o sin ellos vamos a avanzar en la reforma del Sistema de Seguridad Social que hemos reiterado, entonces me parece que salvo alguna consideración diferente de ustedes, me parece que no podemos seguir en esta burla que se volvió una sesión permanente, doctor Pablo tiene la palabra.

**H. REPRESENTANTE PABLO ARISTÓBULO SIERRA LEÓN:** Gracias Presidente, bueno yo estoy de acuerdo con lo que usted dice, volvimos a la Plenaria de la Cámara a escuchar casi que lo mismo que escuchamos aquí cuando hay televisión, definitivamente en el momento en que hay transmisión en directo de televisión, la pantalla de la Cámara se llena de manera exagerada, apenas se acaba la transmisión de televisión desaparece todo el mundo, yo señor Presidente cuando le propongo a esta Comisión y que muy amablemente acogimos esta propuesta y que fue una idea producto de la preocupación que tienen los colombianos en el tema del Sistema General de la Seguridad Social y de la salud de los Colombianos, solamente pretendíamos Presidente como lo hablábamos con usted, es que de aquí salga una conclusión real de lo que queremos como propuesta, yo escuché algo más de 50 o 60 discursos en la Cámara de Representantes la semana pasada, las dos semana anteriores, y quisiera Presidente que hoy no sé quién, si la Mesa Directiva o quién, nos de una conclusión de lo que pasó en la Cámara en esas dos sesiones, no, más que todo el mundo reclamar lo mismo que hemos dicho siempre, que el servicio de salud, que la calidad del servicio, que los usuarios, que definitivamente las EPS's le deben y los municipios también deben y que la intermediación no funciona, el discurso que hemos escuchado durante todo este tiempo, lo que pretendemos con este debate continuo de declararnos en sesión permanente Presidente, no es otra cosa que escuchar a los mismos actores pero haciendo alguna propuesta, la doctora estuvo en el debate, allá hizo una presentación, no sé si será la misma que va a hacer hoy o no sé si será la misma que ha hecho durante no sé cuántas sesiones en este mismo recinto, la idea es que confrontemos a las EPS's con los hospitales a ver cuál es más mentirosos de los dos, yo quiero escuchar la verdad de que las EPS's dicen, eso es mentira, nosotros no le debemos a los hospitales, las cifras que dan los hospitales y clínicas son una mentira, los Alcaldes salen a decir nosotros no tenemos plata, el Ministerio dice, la sola ciudad de Bogotá tiene 760 mil millones de pesos en sus arcas que son del sistema de la salud y que no puede disponer de ellos porque tienen una llave maestra que se lo impide que no sé cómo es que se llama Presidente? Eso que no le permite girar esos recursos? Y que son algo más de 2 billones 300 mil millones de pesos en todas las alcaldías del país, los alcaldes dicen que no los pueden girar porque hay una ley que se los impide, mientras tanto los hospitales y clínicas dicen que no les prestan servicio a las EPS's porque estas no han pagado, entonces lo que se propone Presidente es que le hablemos al país con sinceridad, porque es que aquí utilizamos una cantidad de cifras, de siglas, que el señor de a pie no sabe qué diablos es eso, lo único que el usuario sabe es que no le dieron servicio, que su cita para el especialista está para dentro de 4, 5 o 6 meses o para el año entrante esperando, o que se muere o que llegue convaleciente o

prácticamente moribundo a la cita con el especialista, ese es el tema que yo quisiera proponerle Presidente, que aquí de una manera juiciosa, responsable, con televisión o sin televisión nos dediquemos de verdad a estudiar si esto está funcionando o no, hace unos días el Gobierno Nacional estaba hablando de un decreto que no sabemos si está andando o no, parece que no, que el giro del billón 200 mil millones parece que todavía no está andando y que estamos hablando de que el sistema de salud definitivamente está colapsando, ayer el señor Alcalde encargado de Bogotá, o el Secretario de Salud prácticamente convocó a un paro Distrital de Hospitales producto del incumplimiento de las EPS's doctora, el señor Alcalde encargado está convocando casi que a un paro de hospitales en Bogotá y la culpa de quién es? De las EPS's, bueno ustedes dicen que no, él dice que si, yo quisiera que en este recinto confrontáramos a todo el mundo, vuelvo y repito a ver cuál es más mentiroso de todos, el señor delegado o señor Director de los Alcaldes, también hay que invitar al doctor Gilberto Toro a que nos diga si es cierto que los Alcaldes deben o no? Llamar a la señora Ministra porque también es cierto que un Ministro no puede pasarse dos o tres días sentado escuchando 70 discursos de la Cámara de Representantes realmente sin ninguna propuesta concreta, entonces cuando nosotros como Comisión Séptima proponemos que vengan los actores del sistema de salud es precisamente para que ellos confronten, yo sé que la doctora hoy viene y nos cuenta la verdad de que las EPS's están quebradas, que están a punto de cerrar, porque pues no les han girado, la intermediación definitivamente no alcanza, la UPC no es suficiente, y definitivamente los damnificados del sistema son las EPS's, eso puede decir quien las representa, pero si llamamos aquí al director de las Clínicas y Hospitales pues obviamente que los grandes damnificados son los Hospitales, si invitamos a los Sindicatos pues ni hablar, o a los usuarios, así que Presidente, organicemos el debate de tal manera que confrontemos y lleguemos a una conclusión, nosotros como Comisión realmente no vamos a sacar ninguna conclusión escuchando a una de las partes, porque aquí todos van a ser damnificados, aquí ninguno es culpable, aquí todos resultan siendo damnificados de la situación del sistema porque realmente responsables todavía no, nadie se va a declarar responsable, aquí todos nos tiramos la pelota incluidos nosotros mismos porque las leyes que producimos seguramente no dan los resultados que quisiéramos para solucionar el tema del conflicto que hay en el sistema de salud, la ley 1438 solucionó un par de cosas pero definitivamente no fue la solución, las leyes estatutarias que ustedes y otros Congresistas presentaron que no tenemos la fortuna de conocer pues seguramente serán una parte de las propuestas que tienen algunos Congresistas, yo le quiero proponer Presidente que organicemos este debate, usted dijo si quieren hagámoslo los Jueves, cuando sea necesario, pero confrontemos de tal manera no que escuchemos un informe frío, calculado, en un papel que seguramente uno no sabe si es cierto o no, sino que sentemos así como en un debate de caras, aquí un cara a cara entre las EPS's y los hospitales y una propuesta sincera entre el Gobierno y los intermediarios y donde el Congreso sea el árbitro de esta situación Presidente, entonces organicemos el debate yo no se desde cuándo, si empezamos a escuchar a una de las partes en el día de hoy , pero la idea es que confrontemos a ver si llegamos algún día a una conclusión, muchas gracias señor Presidente.

**PRESIDENTE:** Gracias doctor Pablo Sierra, efectivamente doctor Pablo, pues yo he venido reclamando del Gobierno Nacional el liderazgo en el tema, pues sí, el Gobierno dice que el problema no es plata, que por plata no se afanen que plata hay, pero sí el Gobierno tiene que liderar esto, yo he planteado que en lugar de que los debates sean que cada cual viene a tirarle piedras al otro aquí, y finalmente nada fluye, todos se quejan, todos chillan y la situación pues sí es calamitosa porque cuando uno va a los Hospitales y sobre todo los Hospitales de primer nivel pues prácticamente todos están al borde del cierre, aquí se necesita confrontar a todos los actores y sacar una decisión de qué es lo que vamos a hacer con nuestro sistema, pero es que como que pareciera que como que nos gusta, esto parece como la guerra, como que lo más conveniente es que sigamos en guerra porque hay intereses de todos los actores que no quieren que se termine la guerra, y yo estoy viendo que en el sistema de salud como que a todo el mundo le interesa es que sigamos en las mismas porque alguien está sacando una ganancia secundaria en este tema, doctora Yolanda tiene la palabra.

**H. REPRESENTANTE YOLANDA DUQUE NARANJO :** Gracias Presidente, no voy a ser aquí de abogada del diablo porque creo que la Ministra Beatriz Londoño con la Comisión ha sido una mujer muy respetuosa desde que fue Viceministra a excepción del Ministro Santamaría yo creo que la Ministra ha sido una mujer que siempre ha estado presta a brindarnos toda la información, el acompañamiento que nosotros hemos requerido, pero me quiero manifestar mi inconformismo por la manera como el Parlamentario, no recuerdo el nombre en este momento, fue muy irrespetuoso con la Ministra, una Ministra que solo lleva 5 meses exigiéndole que renunciara, que le había quedado grande, no, fue Obeth, que le había quedado grande el cargo, por qué cuando el Ministro Santamaría estuvo tantos meses cuando el Ministro dejó que la 1438 la manejaran unos Senadores como les dio la gana, les patrocinó los talleres en COLPENSIONES; cuando el mismo Ministro Santamaría dejó que la 1438 pasara como quisieron algunos y con respeto de Martica porque yo sé que ella fue una mujer comprometida en el tema, pero para nadie es un secreto que aquí hubo Senadores que le metieron la mano a la 1438, entonces quiero manifestar mi solidaridad con la Ministra Beatriz Londoño, el reconocimiento a una mujer que yo sé que es una mujer competente, es una mujer con vocación, que tiene el conocimiento, que tiene la experiencia, que tiene la trayectoria, pero yo creo que hay que darle el tiempo para que ella pueda entrar a organizar un Ministerio que le dejaron totalmente abandonado, un Ministerio donde ha faltado una mano dura, donde ha faltado liderazgo, y donde yo tengo la certeza que la Ministra va a coger las riendas del Ministerio como tiene que ser. Gracias Presidente.

**PRESIDENTE:** Gracias doctora Yolanda, nos falta una proposición por poner a consideración, sírvase señor Secretario ponerla en consideración.

**SECRETARIO:** Proposición, Por lo anteriormente expuesto, propongo: Cítese al Ministro de Trabajo Dr. Rafael Pardo Rueda, y a la Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP – Dra. Elizabeth Rodríguez Taylor, para que le rindan informe a esta comisión a cerca del cumplimiento de dicha circular por las entidades del orden Nacional y Territorial; las medidas a tomar frente a los resultados obtenidos de este seguimiento y Cuál es la Política frente al Talento Humano al Servicio de la

Administración Pública de los niveles Nacional y Territorial, firma Martha Cecilia Ramírez Orrego.

**PRESIDENTE:** Tiene la palabra la doctora Martha.

**H. REPRESENTANTE MARTHA CECICLIA RAMIREZ ORREGO:** Gracias señor Presidente, esta es una proposición aditiva a la citación de la Comisión Nacional del Servicio Civil, no es desconocido para nosotros la grave situación que están viviendo los funcionarios públicos de muchos sectores, los del SENA, los dela Fiscalía, los mismos del Congreso, y cuando se cita a la Comisión que realmente no ha tenido la fortuna o de venir aquí a la Comisión Séptima de Cámara lo ha hecho siempre a Senado, quisiera es que en esa presencia de la Comisión también esté el Ministro porque la Comisión como tal tiene que vigilar el desempeño de la carrera administrativa pero esto lo debemos acompañar de las políticas claras en lo que es que tiene el Gobierno frente a los servidores públicos del país que bien sabemos que hay grandes dificultades y si bien el Papa anterior dijo que no existía el limbo, yo creo que el limbo en este país está creado con todo lo que tiene que ver los trabajadores de la Rama Pública, es por eso que adicono a esa proposición esta.

**PRESIDENTE:** Continúe doctora Martha, gracias señor Secretario. Quién tiene el orden del día?

**SECRETARIO:** Continúa la discusión de la proposición leída.

**PRESIDENTE:** Continúa la discusión de la proposición, anuncio que se va a cerrar, queda cerrado, se somete a consideración, aprueba la Comisión la proposición leída?

**SECRETARIO:** Sí la aprueba señor Presidente ha sido aprobada.

**PRESIDENTE:** Gracias señor Secretario, ha sido aprobada, continúe con el orden del día.

**SECRETARIO:** tercer punto, debate de control político, desarrollo de la proposición número 1 aprobada el día 24 de Julio de 2012. Señor Presidente, se encuentran presentes la doctora Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud, está el doctor Juan Carlos Giraldo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de la federación de Municipios está delegado el doctor Julio Alberto Rincón.

**PRESIDENTE:** Doctora Elisa tiene usted la palabra para hacer su exposición.

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** Muchas gracias Vicepresidente y todos los Representantes aquí presentes, nosotros resaltamos la importancia de un espacio como este porque nosotros creemos que la Comisión Séptima se ha caracterizado por ser juiciosos, analíticos de los datos, altamente escuchas de las verdaderas problemáticas tanto así que la Comisión como tal fue fundamental para que en la aprobación de la Ley tanto del Plan de Desarrollo como en la ley 1438 se miraran situaciones como la que estaban aquejando la prestación de los servicios del régimen subsidiado, en realidad, no solamente en lo que se dice por parte de muchos actores o incluso de la prensa sino por mirar cuáles son las causas reales de los problemas, entonces en eso realmente la Comisión ha sido muy juiciosa y por eso siempre hemos

estado aquí con datos sujetos para su análisis, en el día de hoy yo agradezco este espacio y quiero resaltar muy concreto tres temas, un tema que tiene que ver obviamente con el dinero porque es un tema preocupante, el Representante Aristóbulo ahorita mencionaba esa problemática que hay de las cifras, de las realidades de las cuentas y de las necesidades que hay en aterrizar no solamente confrontar sino que eso se refleje en los estados financieros de las diferentes entidades, entonces venimos con datos ya un poco más aterrizados con relación a lo que el Gobierno ha reglamentado, con relación al saneamiento de cartera, segundo, unos problemas que tiene que ver con cuentas que quedan pendientes después que se aplique el 1080, y tercero unas preocupaciones que tenemos muy grandes por el tema de capacidad resolutoria de la Red que considero que ustedes deben tener conocimiento porque es su responsabilidad también revisar los ajustes que se tengan que hacer en ese sentido y además nosotros tenemos obligación con los usuarios garantizar un servicio con calidad y nuestro apoyo, nuestra mano derecha son necesariamente los prestadores tanto públicos como privados para poder dar ese servicio con calidad, entonces el tema financiero lo voy a dividir en dos tiempos o dos momentos basándome en los tiempos que planteó el Plan de Desarrollo, o sea, lo que se le debe por parte de los Municipios a las EPS's de Marzo 31 del 2011 hacia atrás, y lo que se debe del primero de Abril del 2011 a la fecha, esos son dos momentos con unas soluciones diferentes que ustedes tienen que estar enterados de primera mano cómo está resolviéndose, en primera medida lo que va de Marzo 31 del 2011 hacia atrás está intervenido a través de la reglamentación de la ley 1438 en la cual se dijo se debe sanear esa cartera de tal forma que los Municipios deben pagar con la plata que tengan guardada, ahorita un Representante decía es que hay tanto en la cuenta maestra de Bogotá, no solamente en la cuenta maestra de Bogotá sino de todas las cuentas maestras del país, el mismo Ministerio, Superintendencia creo que Contraloría ha entrado a verificar eso y ha entrado a verificar y existe una disponibilidad de recursos en las cuentas que guardan los dineros específicos para el régimen subsidiado, no estamos hablando de salud pública, no, solo subsidiado y hay una disponibilidad de dinero que los Alcaldes anteriores no supieron, no pudieron girar, no sé qué otra causal existió, pero de todas maneras está el dinero ahí, la Ley 1438 dijo, se sana y el Gobierno dijo, sí, pero yo no puedo girar dos veces, yo primero obligo a que los Municipios giren de ese dinero, y después tiene el Gobierno Nacional que, con dineros de los Municipios deudores pero que están en las arcas del nivel Nacional girar lo que haga falta, en qué estado va esto señores, hoy tenemos un balance en que fue determinado ya por los Alcaldes un total de 530 mil millones de pesos de Marzo del 2011 hacia atrás, para todo el país, cuál es la fase en que está el Ministerio? Está cotejando en este momento lo que ya los Alcaldes certificaron eso, con lo que las EPS's vamos a reportar que es eso más lo que los Alcaldes no determinaron y hay casos como Chocó por ejemplo, y otros departamentos que el Alcalde dijo, o yo estoy en ley 550, o no me consta o lo que sea y eso es La Superintendencia Nacional de Salud quien debe hacer el requerimiento al Municipio y decir, usted por qué ese pedacito no lo determinó, entonces, en ese valor estamos hablando de que en todo lo que tiene que ver con esas vigencias anteriores tenemos inferencia, país de un billón ciento treinta y cuatro mil millones de pesos, eso se debe sanear en dos fases, uno pagados a través de los giros que hagan directamente los Alcaldes, dudo que lo hagan de una manera cuantiosa, tenemos un proyecto de que con

los datos nuestros solo a nosotros nos giraron a la red nuestra 21 mil millones de pesos, inferimos que en el país se van a girar cerca de 60 mil millones de pesos máximo 70 mil millones, en el caso nuestro hay 89 mil millones de pesos no determinados por el Alcalde, y reconocidos existen 207 mil millones de pesos, o sea, ya reconocidos por el Alcalde que además de haber estado liquidados por medio de la 1080, digo yo además de que están liquidados lo reconozco y lo informo, en el caso nuestro, eso es un dato inferido a país, estamos hablando de que puede estar en el orden de los 530 mil millones de pesos lo que va de Marzo de 2011 para atrás, eso está ya determinado por los Alcaldes, sin determinar en el caso nuestro son 80 mil millones de pesos que no nos determinaron que es La Superintendencia que debe llamar al Alcalde, qué pasó y por qué? Por qué no estuvo de acuerdo usted? Y decir qué fue lo que pasó con esa cuenta y si el Alcalde dice no, yo entro como EPS o a seguir un proceso jurídico o a descontar de mis estados financieros, pero yo tengo que descontar de mis estados financieros ya lo que el Alcalde no me determinó, en eso el rango sin reconocer es realmente muy poco para nosotros y en eso creemos que el dinero se puede empezar a movilizar pero no con los dineros en la cuenta maestra, sino con los dineros que haga El Ministerio de Salud ahora en Septiembre bajo las condiciones de Ley 80; eso qué quiere decir? Que si nosotros nos vamos al cumplimiento del saneamiento se estaría saneando para todo el país de vigencias anteriores cerca de un billón de pesos que se estarían girando a los prestadores, pero hay un problema con la cartera que parte del 1º de Abril del 2011 en adelante, por qué, porque el esfuerzo propio si ustedes recuerdan el esfuerzo propio se dejó a que los Municipios lo siguieran girando y que nosotros podíamos decirles gírense directamente a los Hospitales y nosotros lo estamos haciendo, les estamos diciendo, vea Municipio de Sabana Grande gírele el esfuerzo propio que le toca girarme a mi gíreselo al Hospital, en ese sentido no lo están haciendo y hoy existe una cartera acumulada de esfuerzo propio sin girar como tal de 231 mil millones de pesos en todo el país, estamos hablando de Abril del 2011 a la fecha, entonces esa es una propuesta Representante Zabaraín que queremos hacer, el esfuerzo propio hay que resolverlo como fuente, el esfuerzo propio no se está pagando por parte de las entidades territoriales, hoy se está cumpliendo por parte del Gobierno Nacional en el giro directo a los Hospitales y por eso ustedes ven que por mucho que haya dificultades expresadas por los prestadores, el Gobierno por qué está tranquilo, porque el Gobierno tiene la certificación de los Hospitales que se les gira mensualmente el dinero de las fuentes Nacionales, estamos hablando de que en el último giro de Agosto se le giraron por la vigencia actual, o sea por el mes de Agosto 476 mil millones de pesos que se fueron directo a los prestadores y el Gobierno Nacional tiene la relación de Hospitales y Clínicas a los cuales se giró, y nosotros adicionalmente metimos allí el esfuerzo propio que fueron 84 mil millones para un total girado solo en Agosto de 560 mil millones de pesos y aquí puede traer el Gobierno Nacional que es el competente, pero si ustedes lo quieren buscar directamente en la página del Sistema de Administración y Pagos aparece la relación de prestadores con los montos a los cuales se va ese dinero, entonces ese es un dinero que va fluyendo y eso es real, eso no pueden decir los prestadores que no es cierto, porque está relacionado de una manera transparente en la página del Sistema de Administración y Pagos, cuál es la falencia del flujo de recursos actual, el esfuerzo propio, el esfuerzo propio que es la tercera fuente que los Alcaldes quedan con la responsabilidad de girar los prestadores y que no se están girando y eso

hay que resolverlo, o sea en el flujo de recurso actual hay que resolver la fuente de esfuerzo propio que de Abril del 2011 a la fecha suma cerca de 230 mil millones de pesos en todo el país, o sea esa es una propuesta concreta Presidente que quiero hacerle con relación al mejoramiento del flujo de recursos del hoy, con la cartera antigua vea, nosotros no podemos venir aquí a decirles unos valores y traerles una relación de pagos sin que yo baje esas carteras de mi contabilidad, yo tengo relacionado y aquí lo voy a dejar relacionado en el archivo de la Honorable Comisión la relación de giros a prestadores que se han hecho en estos últimos meses a cada uno, no para sanear el hoy, sino para sanear el ayer y lo sacamos de dónde? Del dinero que el Gobierno nos giró de las Cajas de Compensación por concepto de no POS, tenemos el desglose, la relación de cada uno de los prestadores a donde se ha girado ese recurso, entonces, por qué nosotros estamos tranquilos, porque hemos venido cumpliendo en la medida en que a nosotros nos pagan, uno, si no nos pagan no podemos, hemos girado, en la medida en que a nosotros nos han buscado dineros adicionales de no POS nosotros hemos autorizado giros y el Gobierno Nacional directamente lo ha hecho, y en el flujo actual estamos de una vez ya girando a los prestadores en el último corte se está cumpliendo señores Representantes el 76% de giros del régimen subsidiado está dirigiéndose a la red hospitalaria pública y privada del país, y está colgado en la página web, prestador por prestador, pero aquí se los voy a dejar radicado en la página, entonces, eso y los problemas de flujo de recursos estamos esperando, son dos cosas, uno, que se cumpla en Septiembre el giro de nivel Nacional de lo que les hizo falta por girar a los municipios que nos lo giren y nosotros decir a quién, nosotros lo descontaremos de la parte contable y los prestadores también lo tienen que descontar porque no es posible seguir viendo esas cifras de esa manera, el otro punto que quiero tocar es la preocupación que tenemos con la calidad de la prestación de los servicios , señores, hay problemas de todo tipo ustedes lo saben y esto lo digo no con el ánimo de censurar a los hospitales sino porque es necesario un fortalecimiento de la red hospitalaria del país, tanto pública como privada obviamente más la pública en todos los aspectos, administrativo, financiero y capacidad técnico científica, nosotros tenemos y aquí lo voy a dejar radicado en la Comisión las situaciones que estamos encontrando los prestadores desde servicios habilitados en un papel que realmente no cuentan con la capacidad resolutoria de disponibilidad de especialistas y sin embargo tiene los servicios habilitados, tienen una capacidad tecnológica relacionado en la habilitación y sin embargo no se tiene en la práctica, desde el punto de vista de capacidad administrativa recibimos facturación por servicios que realmente no se prestan, recibimos facturación por servicios con unos valores mucho más allá de lo que realmente se pactaron, entonces nuestra obligación como EPS's es modular ese tipo de situaciones y obviamente esas facturas glosarlas y no pagarlas, y es nuestro rol y no se nos puede cuestionar porque no estemos pagando cosas que no se prestan, eso no puede ser, ese es nuestro rol y lo vamos a seguir haciendo porque nos interesa que lo que se facture y se pague sea lo que realmente nuestros afiliados requieren, para poder soportar eso nosotros tenemos necesidad urgente de datos y los rips son una vergüenza en este país, no tenemos los registros de la prestación de los servicios que se le hacen a nuestros afiliados de una manera ni confiable, ni oportuna y esto el Gobierno Nacional lo sabe, y lo sabe hasta tal punto de que nosotros hemos tenido que entrar a intervenir el problema y estamos desarrollando en estos momentos un sistema en el cual vamos a meternos en el

prestador a colocar allí un lector para que en línea nos puedan reportar la información de lo que le están haciendo a nuestros afiliados, pero eso no tiene razón de ser porque es el hospital el que debe tener esa capacidad resolutoria, tanto en recurso humano como en capacidad tecnológica de hardware como en el software de conectividad pero nosotros vamos a intervenir porque no podemos seguir siendo criticados de que no sabemos qué es lo que se le hace a nuestros afiliados y los prestadores simplemente con las manos cruzadas en ese sentido, entonces nosotros ahí si exhortamos al Gobierno Nacional y a la Honorable Comisión a que mire el tema de calidad en todo sentido de los prestadores, por qué, porque es que a nosotros nos dicen, no, es que perfecto, usted es quien tiene que garantizar la red, si claro, nosotros la garantizamos, pero sí el prestador no nos cumple nosotros podemos buscar un prestador privado que lo haga y entonces, viene aquí las críticas, que están quebrando los hospitales públicos porque no quieren mandar los servicios para allá, no señores, esto se tiene que arreglar no solamente criticando un actor sino resolviendo los verdaderos problemas del servicio de prestación de servicios de salud, que es lo que los afiliados necesitan bajo las condiciones de calidad y oportunidad. Ya para cerrar señor Presidente nosotros como EPS's estamos en este momento en una situación de expectativa, en qué?, primero, existen unas situaciones que ustedes han escuchado al señor Superintendente anterior reportando la cantidad de medidas que se le hicieron a las EPS's gracias a una gestión y recuperación de cartera hoy la mayoría de ellos ya tienen margen de solvencia positiva, desde incluso de los indicadores de Marzo, Junio de manera repetitiva viene, o sea que estamos tranquilos en ese sentido pero estamos expectantes por unas exigencias que se vienen hacia las EPS's para reducir su número, allí vamos a enfrentarnos ante una situación de ver qué hacer de una temporalidad que vamos a solicitar, si nos van a exigir una reserva financiera igual que la del contributivo, listo que se nos haga pero que se nos dé el mismo tiempo que se les dio a la del contributivo, a ellos se les dieron siete años para cumplir con eso, a nosotros no nos pueden venir a exigir a que ese dinero lo tengamos pasado mañana, entonces estamos expectantes, estamos en unos procesos de mejoramiento muy importantes para el usuario en una automatización de sistemas bastante importantes que está permitiendo incluso no tener solamente información epidemiológica sino también tener información contable-real lo cual nos hace traer estas cifras de manera tranquila, para que ustedes como Comisión también estén debidamente informados de lo que realmente se presta en el país a los afiliados del régimen subsidiado y sigamos defendiendo un sistema que realmente le ha dado mucho beneficio a las personas pobres de este país. Muchas gracias.

**PRESIDENTE:** Gracias doctora Elisa. Conclusión, usted diría que el Gobierno ha sostenido que los recursos son suficientes y yo estoy de acuerdo en eso, usted igual sostiene que el tema no es de recursos, el tema es de organizar los flujos y en el tema de calidad de que se mejore la infraestructura y la oferta de servicios por parte sobre todo del sector público.

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** hay un tema complementario y es la suficiencia de UPC, o sea que ese tema no lo he tocado porque digamos que me referí más que todo al tema de calidad y de cartera anterior y flujo actual, pero el tema de

la UPC es además de inequitativo injusto que a nosotros como EPS's nos exijan dar las mismas prestaciones a una población altamente vulnerable y altamente enferma, que estamos encontrando servicios represados de mucho tiempo atrás, servicios sin prestar, afiliados con una carga de enfermedad importante y con una UPC menor, entonces.

**PRESIDENTE:** Perdón doctora Elisa, por qué dice que las mismas prestaciones, porque las prestaciones del subsidiado y el contributivo no son las mismas.

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** Sí señor.

**PRESIDENTE:** En salud, pero es que la UPC no es solamente para salud.

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** Solamente es para salud, Representante.

**PRESIDENTE:** En el régimen contributivo o en el subsidiado?

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** A ver yo le comento, en el régimen subsidiado y contributivo hoy hay la obligación de las EPS's de dar lo mismo a los afiliados, ahora, yo le digo una cosa, además del dinero que se le da a las del contributivo que es de 580.000 pesos, una cosa así, además le dan 18.000 pesos adicionales para que hagan promoción y prevención y además les pagan todo lo que corresponde a licencias de maternidad y todo, a nosotros no, a nosotros como respondemos solo por salud no nos dan ni el dinero por promoción y prevención, porque no los meten en la misma UPC de 433.000 pesos, eso es algo inequitativo y que realmente nosotros no podemos permitir que se siga perpetuando la inequidad en este país, que no hay información, pero es que la deficiencia de información no es nuestra, es que es al prestador al que le hace falta soportar eso y obviamente no nos lo manda a nosotros, verdad? Y por eso es que a nosotros cuando nos piden la relación, no, se nos quedan un poco de datos porque el RIPS viene difícil, ojo Presidente de la Comisión.

**Elisa Torrenegra, directora ejecutiva de GESTAR Salud:** Presidente de la Comisión, las prestaciones en salud de los dos regímenes hoy son iguales para las EPS's solo en salud, con una diferencia de 433.000 pesos para el subsidiado, vs. 580.000 pesos para el régimen contributivo, más la diferencia de que a nosotros no nos dan los 18.000 pesos por persona para promoción y prevención.

**VICEPRESIDENTE:** Doctora Elisa, para una pregunta, tanto a usted como a los Representantes de la Federación de Municipios que deben tener la información de los hospitales, cuando se hace el giro directo esos recursos que a usted le llegan, usted sabe exactamente qué le están pagando?

**Elisa Torrenegra, Directora Ejecutiva de GESTAR Salud:** Sí, hay una liquidación mensual de afiliados que sale del Ministerio en la cual aparece, tanto por SGP, tanto por FOSYGA y tanto por esfuerzo propio, a mí me llega esa relación, me llega el valor que me gira las fuentes nacionales, el valor del esfuerzo propio es el que me debe pagar el Alcalde y yo le estoy diciendo, no me lo pague a mí, gíreselo a los hospitales, ese valor

también se sabe. Mensualmente, en el giro directo que fue el que ustedes establecieron en la 1438, y que está funcionando hoy.

**PRESIDENTE:** Gracias doctora Elisa. Siguiendo la sesión informal queremos para propuestas escuchar al doctor Julio Alberto Rincón. Delegado de La Federación de Municipios, de Gestar Salud, subsidiado. Doctor Julio Alberto Rincón, bueno, de todas formas me alegra mucho escuchar las cifras doctora Elisa Torrenegra porque La Supersalud según el reporte de Marzo 31 decía en el régimen subsidiado que los Municipios le debían 2 billones 138 millones de pesos, en marzo decían las EPS's a La Supersalud que los Municipios le debían 2 billones 138 mil millones de pesos o sea que la cosa se desinfló, hoy estamos hablando de 530.000 millones de pesos más.

**PRESIDENTE:** Cuarta parte.

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Sí, sí, hay un cambio ahí fundamental, nosotros en el Senado hemos dicho hace 8 meses, hemos hablado de esa cifra y estamos acercándonos a cifras, porque sí ha habido un problema de cifras que ahorita el Representante lo decía claramente, pero es que el problema de cifras es un problema también de La Superintendencia Nacional de Salud, él recibe la información cada tres meses de todos los actores y tenía que haberlos confrontado, ellos tenían que haber confrontado cada tres meses diciendo mire, la EPS dice que usted le debe 10 pesos y el Municipio dice que le debe 5, pónganse de acuerdo porque al fin y al cabo es el órgano que tiene la capacidad y la jurisdicción, pero me alegra mucho que estemos ya acercándonos a cifras, es muy importante para el sistema esta incertidumbre de cifras aclararlas, creo que también se están desinflando las cifras de deudas de la EPS con Hospitales, también están cayendo, así la crisis la vemos en una dimensión diferente, bueno, el segundo punto quiero aclararles a todos qué son las cuentas maestras, cuentas maestras son las cuentas que se quedaron del año 2005 para que el Municipio manejara allí todos los recursos que recibía para régimen subsidiado y de allí transfiriera la plata a quien tenía que pagarle en régimen subsidiado, era un tema de control, lo propuso La Federación en el año 2004, pero allí en las cuentas maestras fue quedando un remanente efectivamente había a comienzos de este año un billón 900.000 millones de pesos ahí, pero esa plata no es de las EPS's, ojo, de esa plata se le deben a ellas las platas que la doctora Elisa estaba hablando ahora, 530.000 millones de pesos, y la otra plata de que es? Es el remanente, es la interventoría en los Municipios por fallecidos, por multi afiliados, por no afiliados, que obviamente en la liquidación de contratos fue quedando ahí, en el año 2003 y 2004 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, le permitió a los Municipios gastarse esos remanentes en cofinanciar régimen subsidiado, pero en los últimos años no ha habido forma de que autorice en qué se gasten esos remanentes, hoy entonces en cifras más o menos gruesas si la previsión del momento a la fecha tenemos ahí una cifra más o menos de 1 billón 800.000 millones de pesos, se le deben a las EPS's hablemos de 600.000 millones de pesos por los 80.000 que dice la doctora Elisa, adicional quedan 1 billón 200, de ese billón 200 los municipios en un acuerdo con el Gobierno Nacional aprobado luego por la ley de presupuesto por ustedes señores Representantes autorizó que utilizáramos los excedentes de cuentas maestras para el pago del no POS, una deuda departamental que tenía con la red de prestadores, entonces de esa plata de

cuentas maestras se han girado aproximadamente unos 300.000 millones ya de los Municipios y los departamentos para que estos paguen el no POS, hoy sigue habiendo un remanente, Bogotá dice que le van a quedar unos 600.000 millones de pesos , ya Bogotá no debe no POS, ya Bogotá no le debe a las EPS's, de esos 600.000 millones que Bogotá está diciendo necesito que me autoricen para gastármelos, ojalá fuera para gastármelos en mi propia red, es lo que ha pedido el doctor Guillermo Alfonso Jaramillo, yo tengo una plata ahí guardada, no puedo moverla, por Ley no puedo hacerlo, no es que yo quiera guardármela, no es de la EPS sino que simplemente el ejercicio del régimen subsidiado fue quedando en mis arcas, la otra cosa, entonces es que actualmente se le ha pedido al Gobierno Nacional que autorice a los Municipios que van a quedar con remanentes en cuentas maestras que no son de las EPS's para invertirlo en atención primaria de salud, en fortalecimiento de la red propia y obviamente en seguir apoyando a los Departamentos el pago no POS de años anteriores, entonces la plata de cuentas maestras quiero en conclusión decir lo siguiente no toda la plata que había en cuentas maestras se le debía a las EPS's mucha plata era el éxito del municipio al hacer las interventorías en el régimen subsidiado.

**PRESIDENTE:** Es plata del sistema entonces.

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Es plata del sistema, pero yo tengo una plata que tenía un fin determinado que no lo necesité porque en el contrato no se ejecutó y queda la plata ahí, no puedo moverla, como digo, en la Ley de Presupuesto del año pasado se autorizó pagar no POS, y hemos girado plata ya a los departamentos.

**PRESIDENTE:** Y cuál es su propuesta?

**Doctor Julio Alberto Rincón:** La propuesta de cuentas maestras es la que le decía ahora, que autoricen el municipio los remanentes después de pagar plata que le debamos a la EPS de régimen subsidiado y de pagar no POS para gastarlo en fortalecimiento, la red local de salud, estamos calculando en reunión que tuvimos con El Ministerio de Salud hace unos 15 días que 800.0000 millones más o menos es lo que va a quedar ahí, gran parte la tiene Bogotá.

**PRESIDENTE:** para una interpelación la Doctora Martha Ramírez.

**H. REPRESENTANTE MARTHA CECILIA RAMIREZ ORREGO:** Gracias Presidente, a ver, ese es un tema importante de flujo de recursos para el sistema y es objeto de inquietud de los actores territoriales, tengo entendido que en la Ley que va a presentar El Ministro de Hacienda donde va a autorizar algunas transferencias, traslados, de unos rubros a otros va a quedar incluido este tema dado que son recursos de destinación específica, tengo entendido que ahí es donde se va a tratar de dar solución al tema porque no se puede el Ministerio arriesgar a estar emitiendo conceptos sin mirar la rigurosidad de la Ley.

**PRESIDENTE:** Algo más doctor Julio Alberto?

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Claro Doctor apenas estoy empezando, bueno, el segundo tema estamos de acuerdo en el problema que tenemos a nivel local de capacidad de resolver los problemas de salud, efectivamente, les voy a dar unas cifras muy concretas, partiendo de que en el país hay mil Municipios, Representantes, con la distribución más o menos de estas cifras así, tenemos 170 Municipios menores de 5.000 habitantes, tenemos 300 Municipios entre 5.000 y 15.000 habitantes y al otro extremo tenemos 104 municipios mayores de 50.000 habitantes quiero mostrarles lo que es el país en diverso, que ustedes conocen cuando hacen campaña y han visto las necesidades, entonces en los municipios, el servicio de radiología en cuántos municipios colombianos hay disponibles? Solamente en 499 municipios, una tecnología vieja de más de 70 años, básica y en 600 municipios colombianos no tenemos la tecnología, ultrasonido que dicen ahora que es el fonendoscopio moderno de los médicos, solamente tenemos en 358 municipios, otras cifras así gruesas tenemos acceso a ginecólogo y obstetricia en 374 municipios, para decirle ortopedia y traumatología en 234 municipios, oftalmología en 199 municipios, anestesia en 182 municipios, son cifras, lo que quiero decirles es que el acceso a los servicios de salud no es lo que decimos, una cosa es que tengamos afiliación del 96% de la población, otra cosa es que en los municipios haya acceso, los Alcaldes nos han dicho más de una vez una expresión que ustedes me entienden porque ustedes han hecho política dicen, Julio, la segunda mitad del siglo XX la lucha política de un municipio se dedicó a tener un pequeño hospital allá con un médico, un odontólogo, una enfermera, lo peleamos con auxilios Parlamentarios que nos nombraran allá una plaza rural, y lo logramos muchos después de la Ley 60 logramos tener un pequeño hospital, era el anhelo político de las comunidades, pero perdimos la batalla, porque al final fue pasando por muchas cosas, situaciones en la cual no están resolviendo los problemas de salud de nuestra gente, y nuestra gente termina remitida para la ciudad, para otra parte, y nuestra gente no puede acceder, ahí tenemos un reto político de gran magnitud que después de 15 años de Ley 100 no hemos resuelto, y me permite esto entonces entrar al tercer tema, la doctora Elisa.

**PRESIDENTE:** Doctor Alberto, eso que usted menciona lo podríamos considerar como una falla de la descentralización que no ha sido capaz de proveer esos servicios de salud en los municipios?

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Yo creo que posiblemente no una falla de la descentralización, eso es una falla del propio sistema ya que no ha habido una preocupación tampoco del responsable en cierta forma de garantizar el servicio de salud de que sus propios prestadores se desarrollen, y hemos olvidado, nos hemos quedado mucho en la transacción económica, cuánto vale, cuánto me paga, y nos hemos olvidado de la esencia, necesitamos médicos que regulen el problema de salud, pero los hospitales nuestros se han atrasado, miren, el país ha avanzado mucho en el tercer nivel y ya lo llaman disque cuarto nivel, la gran tecnología, la tomografía ha sido computarizada, todo eso.

**PRESIDENTE:** Por eso, pero mi punto va a que en el primer nivel perdimos el año.

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Yo creo que en el primer nivel hemos estado perdiendo el año, hace mucho tiempo, y esas son las consecuencias lo que está sufriendo hoy, costo médico.

**PRESIDENTE:** Por eso y lo perdimos por deficiencia del nivel municipal o por falta de política a nivel central o por todas las anteriores.

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Creo que por todas las anteriores, marquemoslas todas, pero yo quiero llamar la atención en eso, entonces nuestra propuesta una es que tenemos que fortalecer el primer nivel de atención, porque cuando no resuelve el problema ya, qué pasa, cuando un campesino nuestro es remitido de un municipio hacia la capital de provincia, si el campesino es de mediana edad dice, ah, esto se me pasa, no voy a perder el jornalito, cierto? Y al fin no va, va cuando es grave, si es un niño hace el esfuerzo grandísimo para llevarlo pero después cuando es diagnosticado y le dicen tiene que venir dentro de 15 días nuevamente posiblemente a la segunda consulta no vuelva, porque es el pasaje, es el alojamiento, todo eso que es una barrera real, El Sistema Nacional de Salud pelió mucho toda su vida en garantizar accesibilidad, y creamos una red grande con centros de salud, puestos de salud que doctor usted conoce, pero en el sistema se nos fue quedando eso, la tarea que tenemos que hacer.

**PRESIDENTE:** Bueno, pero doctor Julio Alberto, usted tiene una propuesta para desentrabar esa barrera de acceso?

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Nosotros estamos en nuestras propuestas como Federación de Municipios, es promover el fortalecimiento del primer nivel de atención como 4 patas tiene esa mesa, la primera es buscarle tecnología a ese médico general que hoy tiene la misma tecnología que tuvimos todos hace 30 años, mínima, y de mala calidad si quiera, la tecnología también se ha desarrollado para médico general, pero no ha sido permeado el primer nivel, tenemos leyes restrictivas para el médico general, ley de anestesia, ley de radiología, y hay otras leyes que de pronto se me escapan en el momento que ha amarrado al médico, no lo han dejado actuar, cuando hicieron la Ley de habilitación el electrocardiógrafo prácticamente se dejó que era de segundo nivel, era una herramienta básica para el médico general, y la dejamos afuera, entonces fuimos al médico general quitándole capacidad de resolver, miren, no es lógico que en Colombia en un hospital de primer nivel atendamos un parto sin un monitor fetal, eso es ilógico, porque es el riesgo grande para la materna y para su recién nacido y estamos remitiéndolo de afán a última hora, con las consecuencias a veces de hipoxias, intra parto, pero nadie está mirando eso, nos quedamos en el dinero, no en cómo resolver el problema a la gente allá local y eso es lo que los municipios están planteando, la gente me dice, mire no me hablen tanto de grandes proyectos hábleme de que en mi municipio el hospitalito atienda mi gente y le regula los problemas de salud, entonces nuestra propuesta es, tecnología para el médico, segundo, telemedicina de verdad como un apoyo, tercero, acompañamiento y capacitación permanente a ese médico, y cuarto sistemas expertos que incluya la historia clínica electrónica, el país ha hecho un esfuerzo muy grande en conectividad, pero en el sector salud nos ha faltado avanzar en eso, estamos quedados atrás, entonces nuestra propuesta es fortalecer el primer nivel, para eso estamos

armando a nivel local con la Federación estamos buscando proyectos que podamos financiar con sistema Nacional de regalías, con otras fuentes para poder lograr que en cada municipio colombiano el hospitalito resuelva problemas de salud de la gente, porque sin eso lo otro se vuelve costoso además, un hipertenso remitido al tercer nivel ya se vuelve costosísimo atenderlo y no hay plata que aguante.

**PRESIDENTE:** Doctor Víctor Yépes, usted que es un trabajador de ese sistema de primer nivel sobre todo por qué no nos ilustra con sus conocimientos.

**H. REPRESENTANTE VICTOR RAUL YEPES FLOREZ:** Muchas gracias doctor Rafael Romero, con las buenas tardes para todos, esa descripción que acaba de hacer el Representante de La Federación Colombiana de Municipios y que dibuja de una manera muy clara lo que 19 años después hizo la Ley 100 sobre todo con el tema hospitalario, yo pienso que una de las cosas que hay que modificar profundamente en el sistema y que no se nos puede escapar si es que vamos a tener la oportunidad de reformar la 1438, la ley 100 y todas las leyes que han salido de salud, si es que existe de una vez por todas la voluntad del Estado para que esto se modifique es esa famosa autonomía que le dio la ley 100 a los hospitales, les dio autonomía a los hospitales públicos pero para eso, para retrasarse, para quebrarse, para hacer politiquería en ellos, para quedarse retrasados yo no sé cuántos años, esa descripción que él hace es una descripción que vale la pena dedicarle un capítulo especial en cualquier reforma que se haga, porque es absolutamente claro que en El Sistema Nacional de Salud anterior y lo digo por el Departamento de Antioquia y Martha lo conoce, funcionaba muchísimo mejor el tema de infraestructura y el tema de recursos frente al desarrollo tecnológico que lo que ocurrió con la Ley 100, la Ley 100 le dio todas las herramientas a los hospitales que tienen la posibilidad de vender medicina pre pagada para convertir dichos hospitales en casas de alquiler y así están subsistiendo, usted observa hospitales de ciudades capitales o de ciudades intermedias en donde hay clientela de la medicina pre pagada y son los únicos hospitales que pueden dar por lo menos no déficit sino punto de equilibrio porque tienen la opción de vender tecnología que la salud ahora se hace es con tecnología, aún la salud básica, y usted lo dice y usted se queda corto doctor cuando se refiere a que una ecografía o un ecógrafo en un primer nivel se volvió en el fonendoscopio de antaño, vaya usted encuentre un tensiómetro bueno, encuentre siquiera si existen termómetros, es que a ese punto llegaron los centros de salud, los hospitales de primer nivel y todas estas instituciones que atienden el grueso, el 95% de la población colombiana, donde está el eje vertebral, la columna del sistema, es que la columna del sistema según la Ley 100 y según la 1122 y según la 1438 es la atención básica, pero resulta que la dejamos sin recogerla, sin estructurarla, sin formarla, sin darle ningún tipo de estructura a esto, de manera que esa queja frente al desarrollo tecnológico y lo dijo la Representante de la agremiación de las EPS's públicas, es claro el desarrollo tecnológico en los hospitales, en los establecimientos de primer nivel tienen que tener apoyo del Estado si no tienen apoyo del Estado el desarrollo tecnológico y el desarrollo de la infraestructura esto no va a tener ningún futuro, porque el Ministerio plantea soluciones pero plantea soluciones en donde hagan todo ustedes y respondan, pero díganme, un hospital pobre, un hospital de un municipio pobre, un hospital de cualquier región del país pobre de dónde diablos va a

sacar para comprar siquiera un software para poder responderle a las diferentes EPS's que son herramientas que cuestan un dineral que ni siquiera los mismos municipios están en capacidad de comprarlos pero les dejaron esa responsabilidad a ellos, yo pienso que ahí hay un capítulo especial frente al tema hospitalario de primer nivel, hay que, doctora Martha en esta próxima reforma que se haga o en la reglamentación que se haga de la 1438 que ahí quedaron herramientas, hay que apretar clavijas porque el Estado tiene que hacerse responsable de ese desarrollo tecnológico y tiene que hacerse responsable de ese desarrollo en infraestructura, en un hospital de un municipio en Colombia usted no encuentra ni con qué comprar un tarro de pintura, es que aquí lo mostró nuestro compañero Carlos Escobar con unas imágenes de los hospitales del Chocó en donde las humedades se carcomen los hospitales, los equipamientos mínimos en camas, en sábanas, en colchas, en cobijas, en almohadas, ni siquiera las tienen los colombianos, en Colombia en ese primer nivel tienen que someterse a las condiciones más infrahumanas, de atención por culpa de que no existe una estructura, una política clara frente al desarrollo tecnológico y frente al desarrollo en equipamiento y frente al desarrollo en infraestructura en nuestros hospitales, muy válida su intervención y me parece que eso es un tema que lo tenemos que poner y visibilizar en este escenario de la Comisión Séptima señor Presidente.

**PRESIDENTE:** Muchas gracias doctor Yépes, vamos viendo que hay un sesgo como hacia la atención secundaria, terciaria y un olvido de la atención primaria y por supuesto que me parece que también se refleja en la formación de nuestro personal en salud, sí? Ya ningún médico quiere ir a trabajar a un sitio de atención primaria porque todo el mundo está aspirando es a ser especialista, y fuera de eso si va y no encuentra con quién trabajar pues menos. Doctor para redondear, doctor Julio Alberto, cinco minutos para redondear, y se prepara el doctor Juan Carlos Giraldo.

**Doctor Julio Alberto Rincón:** Definido el tema de hospital de primer nivel, está el tema de la burocratización, que logramos también, lo obligaron y no es error de ortografía, la ley poniéndola en primer nivel y a ese pequeño hospitalito y municipio de 5.000 habitantes o 10.000 habitantes que ahora les mencioné cuantos eran, la obligación de crear auditor interno, contador, una cantidad de burocracia que obviamente gastamos en eso porque hay que responderle a todo el mundo, mandar los informes y no nos quedó con qué pagarle al médico, yo le pongo un ejemplo a ustedes señores Representantes, un municipio de 5.000 habitantes, 5.000 afiliados a régimen subsidiado va a recibir por primas unos 2.200 millones de pesos, si nosotros recreáramos un hospital ideal para ese pequeño municipio podríamos tener el recurso humano necesario con la mitad de eso, 60% en fin, para tener médicos bien pagos, gente bien paga que resuelva problemas, y así el sistema sería sostenible pero atendiendo la hipertensión el hospital San Vicente de Paul de Medellín, eso no hay plata que aguante, ni aquí en La Shaio, aquí no hay plata que aguante para eso, entonces el otro tema es la carga administrativa que nos pusieron a cada hospitalito, cuando crearon las ESES, nos fueron metiendo una cantidad de cosas a través de la ley que fuimos en forma deportiva metiendo y en cada decreto que cree esto, que cree aquello, y no alcanza la plata para eso, entonces también viene lo que son las exposiciones del Consejo Ejecutivo a la Federación, primero que todo El Consejo

Ejecutivo defiende vehementemente el régimen subsidiado, es una ganancia de la gente, yo me imagino si alguno de ustedes debería ir al municipio a decir a la gente que le va a quitar el régimen subsidiado, no significa esto que defendamos la forma de administrarlo, estamos dispuestos a discutir esto y a ver eso, pero es una ganancia para la gente, que debe ajustarse y que debe ser más eficiente y todo eso, también defendemos y decimos que el acceso a los servicios de alto costo es un logro para la población, según esto un familiar hace 20 años que sufrió de cáncer sabe por qué le llamaban enfermedades ruinosas, se quebraba la familia y después enterraban al paciente, y por eso tenemos dos propuestas para la actual crisis, para el tema financiero, estoy proponiendo que el Gobierno Nacional, el FOSYGA haga un crédito puente a las EPS's de régimen subsidiado para que pague las cuentas ciertas con la red de hospitales, que los municipios paguemos lo que debemos, no defiendo que no paguemos, no, que paguemos eso pero que además si le falta plata que paguen eso, que obviamente tendrán que pagar ellas en una forma determinada, dos, proponemos que se haga un crédito puente a las EPS's de régimen contributivo contra la factura radicadas por recibos, crédito puente significa que es que le presten la plata, paguemos la red, sacamos de la crisis, salvemos al paciente por el momento y si al final el recobro es menor pues se le descontará de la liquidación de UPC en los siguientes períodos, o si se recobra .

**PRESIDENTE:** Usted se mantiene en que existan los recobros?

**Doctor Julio Alberto Rincón:** No, yo estoy diciendo que el momento en la legislación actual, hay una factura radicada en las EPS's ante el FOSYGA que están en discusión, una discusión larguísima, si no es, que tal vez, porque la tercera propuesta es esa, se dé un tiempo perentorio para que se resuelva ese problema, mejor dicho o que le digan a la EPS, eso no es y descuentos en los estados financieros, o eso sí es, pero los llevan con el cuento de que si es que no es generando en el momento un ambiente insano en el sistema de incertidumbre y no sabemos al final si es o no es, pero es que alguien tiene que decir que se debe o no se debe, y si no se debe pues que castiguen ahí los balances y se quiebren si no es así, o si se debe se les pague, pero que de una vez hagan el crédito puente para garantizar que los hospitales sobrevivan, cuando el paciente se está ahogando hay que tirarle es el flotador, no decirle por qué se fue allá, tirémosle el flotador a los hospitales, saquémoslo y sigamos la discusión, pero no podemos permitir que la red sigue colapsada tanto públicos como privados, entonces, crédito cuenta los dos contra los propios giros que se siguen haciendo de su parte administrativa y obviamente que den un tiempo perentorio para que el Gobierno resuelva que es lo que debe o no debe de recobros, cuarto, recuperar el protagonismo de lo público en la gestión de la salud local, hace un año en la 1438 se estableció el giro directo, ha logrado buenos efectos yo no puedo eludir, ha logrado flujo de recursos, me parece bien, pero a la vez también se interpretó mal por el Gobierno, sacó prácticamente el ejercicio de la veeduría, la vigilancia que hacen los municipios sobre las EPS's, lo dejó porque terminó que las interventoras Súper salud, un organismo que está saturado, que no responde y prácticamente el municipio quedó el régimen subsidiado, como quien ve un partido de tenis, lo ve pasar, yo creo que eso a nivel municipal, y mientras continúen las EPS's como responsables de la salud de nuestras comunidades los municipios hemos decidido entrar como accionistas

de una o varias EPS's, nosotros lo que vemos es que si esas son las que están manejando la salud de la gente nuestra, accionistas en estos momentos estamos estudiando el caso de una EPS que fue de origen mixto en el municipio de Pasto y vecinos que es CONDOR, pero va condicionado a una buena atención, estamos buscando que no sean uno ni dos municipios, que sean muchos municipios, para blindarla políticamente, para que no quede al vaivén de las elecciones y un modelo de atención diferente, y lo último entonces, para solucionar el primer problema de el hospital de primer nivel, estamos proponiendo los proyectos de regalías para financiar esto, bueno señores, ah doctor Romero, señor Presidente, yo le recuerdo que ustedes aprobaron en la 1438 el 10% de SGP para oferta entre otras cosas que era para fortalecimiento de la red de primero y segundo nivel, desafortunadamente esa plata no se ha visto, creemos que ese 10% hay que garantizarlo para que ayude al pago del recurso humano misional de los hospitales locales para que puedan tener sus especialistas, los especialistas les digo no están yendo a los municipios y para rematar se me olvidaba con el tema doctora dicen ahora que la plata no alcanza para el régimen subsidiado por la igualación de planes, señores Representantes hace tres años hicimos igualación de atención para los menores de 18 años, se acuerdan de eso? Fue un gran logro, tres años después no sabemos en qué se gastaron esa plata, no sabemos qué tanto aumentó la sensibilidad a especialistas por parte de los menores de 18 años, yo no sé si en el municipio de Uribe Guajira, o de Bagadó Chocó, o de Ispania Antioquia ha ido un pediatra para mejorar la atención a la gente de allá, pero la plata se les dio, entonces ahora van a decir que no les alcanza la plata, pero muéstranos en estos tres años de igualación de planes en menores de 18 años en qué se la gastaron y que no alcanzó, pero con cifras, no simplemente diciendo que porque el régimen contributivo es más plata, entonces a mí me tiene que dar lo mismo, yo creo que la discusión es con cifras, hay un estudio que hizo el Ministerio sobre Barranquilla y Cartagena de una igualación de planes que dio unas cifras, hay unas cifras ahí sustentables, presentadas, si la plata no alcanza que muestren estudios que el país no puede seguir al vaivén de la anécdota, no alcanza la plata, nos quebramos, muestren los servicios, muestren el aumento de los servicios a la gente, muestre el costo del servicio real, y después dice, mire, hicimos esto y no alcanzó, pero después de tres años hay un ejemplo, miren hace 8 años no han mostrado nada, yo quiero saber, que el Ministerio muestre qué pasó esos tres años, en cómo la población menor de 18 años realmente subió, mejoró su acceso a los servicios de salud con igualdad de planes, y ahí si decimos no alcanzó la plata.

**PRESIDENTE:** La doctora Liliana Benavides tiene la palabra.

**H. REPRESENTANTE LILIANA BENAVIDES SOLARTE:** Presidente muchas gracias, son muchos los problemas que tenemos en la salud de nuestro país, considero y estoy de acuerdo con algunos de los que el doctor ha comentado, entre los grandes problemas que tenemos en la salud de nuestro país y en los municipios de sexta categoría como él manifiesta y en los de primer nivel, considero que los de vital importancia, de solución inmediata que tenemos en estos momentos son el pago de la cartera antigua antes de el giro directo de la ley 1438 del 2011, qué va a pasar, el Ministerio no nos ha dado una respuesta con qué va a pasar con esa cartera antigua, eso es lo que tiene a los

hospitales, yo no diría quebrados sino ilíquidos, en el tema necesitamos el apoyo en la estructuración de las redes de servicios, pero no solamente es estructuración de las redes documentadas y en papel como las tenemos en mi departamento de Nariño por ejemplo, sino funcionando, esas redes deben estar funcionando y el Ministerio como ente rector debe direccionar el tema de las redes, el apoyo al primer nivel, claro que estoy de acuerdo, por qué no se nos xxx los hospitales de tercer nivel, porque no tenemos capacidad resolutive en el primer nivel de atención, hoy les quiero comentar compañeros, en mi departamento de 64 municipios 50 de las ESES de primer nivel no tienen capacidad resolutive, créanme que muchas de ellas ni siquiera en el tema de infraestructura, tenemos una debilidad inmensa en el primer nivel y el Gobierno, el Ministerio de la Protección Social y el Congreso debe ayudar para el fortalecimiento de ese primer nivel que dará capacidad resolutive para que no se nos congestione el tercer nivel de atención, hoy entre los múltiples problemas que tenemos en salud Presidente considero que hay algunas prioridades y son aquellas, criticar el sistema es muy fácil Presidente, ir en contra del sistema es muy fácil pero si realmente nosotros miramos las fallas técnicas y si nosotros observamos a nivel mundial el sistema no es el malo, nosotros consideramos el flujo de recursos ha sido uno de los cuellos de botella que tenemos en el país, que la 1438 ayudó muchísimo con el giro directo pero que ese giro directo debe ser más real, no con permiso de las EPS's sino que debe llegar de manera más real a los hospitales públicos y a la red de prestadores, en eso Presidente tenemos mucho todavía de que hablar, soluciones concretas, porque muchos recursos se anuncian, yo miro cada vez llegan los recursos, pero son los mismos recursos del sistema, no estamos dándole una solución a esa cartera antigua como habíamos hablado en un inicio. Gracias Presidente.

**PRESIDENTE:** Doctor Armando Zabarain tienen la palabra.

**H. REPRESENTANTE ARMANDO ZABARAIN D'ARCE:** Si, quiero señor Presidente invitar al doctor Jaime Arias a que nos haga compañía acá en el recinto, de hecho usted estaba invitado a esta sesión. Gracias.

**PRESIDENTE:** Tiene la palabra el doctor Juan Carlos Giraldo de la Asociación de Clínicas y Hospitales.

**Doctor Juan Carlos Giraldo, Asociación de Clínicas y Hospitales:** Bueno señor Presidente muchas gracias, a todos los Honorables Representantes a la Cámara yo debo reconocer en primer lugar que este siempre ha sido un espacio que ha permitido la presentación de la voz de los Hospitales y Clínicas del país, y debo arrancar diciendo que aquí se trata es de buscar responsabilidades de unos grupos hacia otros, pero me parece que el Congreso de la República ha hecho la tarea, ha promovido los espacios, los debates, ha creado los marcos normativos, infortunadamente muchas otras instancias no ha podido capitalizar todas las cosas que en su momento pudieron haber sido la solución, y muy específicamente me refiero al gran debate que hay con respecto a la ley 1438, la ley 1438 en su oportunidad lo mismo que la ley 1122 si hubieran sido implementadas al 100% en ese momento muy posiblemente no estaríamos en lo que estamos hoy pero es que los remedios y aquí hay muchos colegas del sector de la salud, sirven es en el momento indicado, por eso se llama la indicación, tiene que ser exacta, eso no sirve

después, entonces el paciente que teníamos con un procesito inflamatorio levemente infeccioso, ahorita lo tenemos con sepsis y todavía, entonces muchos aspiran a que esos antibióticos sencillitos de primera generación nos vayan a aliviar lo que ya está muy complicado, con eso quiero arrancar diciendo que las cosas son de oportunidad y hay soluciones que se van volviendo anacrónicas no por culpa de ustedes y es la primera salvedad que debo dejar, lo segundo, puede sonar reiterativo pero nosotros sí seguimos insistiendo pero lo hacemos con hechos, aportando hechos y datos, por qué decimos nosotros y ustedes nos han oído Honorables Representantes desde hace mucho tiempo, que estábamos viendo, primero dijimos hace dos años llegamos a decir, este sistema está llegando al punto máximo de potencialidad y va a colapsar si no se toman decisiones, pasó el tiempo y ya hoy infortunadamente nosotros sí tenemos que decir que gran parte de las estructuras del sistema nos llevan al diagnóstico de que es un sistema fallido, pero no es una frase efectista para acá para los medios o para esta Comisión, lo traemos con una serie de argumentaciones y arrancamos con las que deberían ser el centro del debate, los resultados en términos de salud, ustedes saben que los resultados en términos de salud no son buenos, uno no puede evaluar los sistemas solamente por cuánta cobertura tenemos y cuál es el paquete de beneficios, esas son herramientas que sirven para transformar un perfil epidemiológico, al final siendo uno reduccionista uno debería mirar, sí, los resultados son buenos uno debería en sana lógica decir este sistema se mantiene, si los resultados no son buenos hay que revisarlos y eventualmente cambiarlo, por qué decimos que los resultados no son buenos? Ustedes han visto todas las estadísticas y por mucho que traten algunos centros de investigación de cambiar las matemáticas no las van a poder cambiar, el tema de los años de vida saludables perdidos en Colombia es un tema que no es bueno y no está mejorando, está empeorando, hoy tenemos una carga de enfermedad en mortalidad un poco menor pero en morbilidad mayor, a tal punto que ese estudio arroja un resultado que es dramático, cada colombiano nace con una esperanza de vida de 18 años discapacitado, eso tiene que ver con el sistema de salud, por supuesto las otras cosas como son obesidad, hipertensión, diabetes, que son los indicadores macros que en todos los países se miran para poder hacer una mirada prospectiva de cómo va a ser el perfil epidemiológico en Colombia no están evolucionando positivamente, ni siquiera podemos decir que hay una curva que es plana, están empeorando, es decir, la situación epidemiológica se va a ver incrementada la siniestralidad de enfermedades de altísimo costo durante los próximos 5 a 10 años, así hagamos muchas cosas el día de hoy, hay que mirar los resultados que presentan por ejemplo, la Universidad de los Andes recientemente mostró un estudio sobre equidad, hecho por el doctor Garay donde nos muestra que hay un concepto que ustedes lo tienen que revisar y tienen que mirar ese estudio, los excesos de mortalidad y de morbilidad, ahí nos muestra cómo puede haber cifras de 10 o 15.000 muertes de mas o morbilidades por centenares de miles que se podrían haber evitado si las cosas por lo menos en el asunto promocional y preventivo hubieran funcionado bien, entonces, ese es el primer tema con respecto al diagnóstico, yo sé que aquí ustedes han hablado mucho de diagnóstico, pero hay que traerlo porque entonces, simplemente se piensa afuera es que hay unos grupos que quieren acabar con el sistema actual de manera injustificada, no, yo creo que hay un diagnóstico muy robusto, el segundo punto de ese diagnóstico, ustedes ya lo están mencionando, el sistema, mire y esto ustedes me lo han oído muchas veces y lo han

leído, el sistema está recalentado, usted se acuerda doctor Yépes, muchas veces lo hemos hablado y con eso que queríamos decir, que es un sistema absurdo que hace más asistencia que prevención y dentro de la asistencia lo hace más en el nivel alto de complejidad que en el sistema básico, y además la entrada no se da por las puertas normales de consulta externa y prioritaria sino que todo entra por urgencias, el modelo viene funcionando mal desde hace mucho tiempo por muchas cosas, por la capacidad resolutive, por las normas que hablan de especialidades, por la forma de contratación, por las formas de auditoría que se hacen, por los incentivos que hay en lo tarifario, por muchas cosas el sistema anda mal y se los he dicho también, yo como Representante de los Hospitales y de las Clínicas debería estar tranquilo porque tengo los hospitales llenos, pero no estamos tranquilos, estamos muy preocupados porque ya se llegó a un punto que es absolutamente absurdo, no hay lógica asistencial, ese tema se tiene que cambiar y el sistema nuevo que se genere o la evolución del actual sistema hacia el nuevo, tiene que retomar la lógica de prevenir antes que curar, ese punto es fundamental, y miren que no es un tema de plata, es un tema de lógica asistencial de cómo se diseñan las diferentes estructuras del sistema para que capturen la gente sana y la mantengan sana y no simplemente como hoy que estamos llevando la alta complejidad que es lo más caro.

**PRESIDENTE:** Doctor Giraldo, usted plantearía ahorita que estamos en una sobre demanda de servicios en esos niveles?

**Doctor Juan Carlos Giraldo, Representante de Clínicas y Hospitales:** Por supuesto que sí señor, mire, yo estoy viendo crecimientos sostenidos en los últimos 4 años de 15% de las consultas de urgencias, eso es absolutamente insostenible, yo ya no tengo para donde derivar los pacientes, mejor dicho, estamos llenos con pacientes muy graves que me tienen que mantener mucho tiempo dentro del hospital, yo no puedo hacer ese giro, cama, rápido y me siguen entrando más y más por el sistema de urgencias, hacia dónde voy a mandar yo los pacientes? Eso no es una cuestión que se generó hoy, son muchos años de acumulación de una problemática y el perfil epidemiológico habló, eso es lo que nos está pasando, nos está hablando hoy el perfil epidemiológico a través de más inestabilidad, por qué? Ah sí, muchos dicen que eso es una tendencia mundial, no, la tendencia mundial es a disminuir las camas hospitalarias porque se está pudiendo resolver más cosas con mejor tecnología y con menor tiempo de intervención, aquí nosotros estamos promoviendo por parte de muchos la creación de más hospitales con más camas para resolver el asunto, es decir, estamos pensando al revés. Si quieren yo termino esta parte y ya paso a lo de propuestas, miren, por qué decimos que esto es un sistema que ha llegado a lo fallido? Por otra cosa, porque muchos de los mecanismos que se diseñaron en la ley que fueron pensados como puertas de emergencia para situaciones excepcionales se convirtieron paulatinamente en la forma normal de operación, le digo varias, la primera, las tutelas, lo de las tutelas es escandaloso, lo que revaluó la Defensoría del Pueblo la semana anterior, no solamente la cifra, a muchos les parecerá poquito que haya 100.000 tutelas, a mi me parece una carga impresionante, de ciudadanos además porque el ciudadano que accedió a eso es porque tiene un cierto grado de cultura y conocimiento de cómo funcionan los mecanismos y por lo tanto llega allá, el otro ciudadano que no tiene voz, que no tiene voto, que no tiene forma de llegar,

que no tiene un juzgado cerquita qué hace? Es decir, eso es como en los indicadores de ciertas enfermedades que usted tiene un número pero atrás de ese número es la punta del iceberg, hay una masa muy grande, la tutela, ese es un tema que se convirtió en algo ordinario para muchos ciudadanos y más grave aún señor Presidente, que el 64% de esas tutelas sean POS, eso es un fraude al sistema, ustedes no pueden perder de vista eso, es que eso no es así, entonces ya pasan por encima muy rápido, tutelas POS y tutelas no POS, eso es inaceptable que haya una tutela POS, porque en el contrato social a ese ciudadano se le tuvo que haber garantizado eso que estaba en el POS y ahora además se tiene que ir por esa otra vía, es decir, además en lo financiero se está pagando dos veces por esa atención, eso es un monumental fraude que tiene que tener responsables y tiene que tener consecuencias.

**PRESIDENTE:** Doctor Giraldo con su venia una interpelación de la doctora Lina.

**H. REPRESENTANTE LINA MARÍA BARRERA RUEDA:** Yo creo doctor Giraldo que lo que usted está diciendo es muy cierto en materia de la saturación que están teniendo las clínicas y hospitales, pero yo pienso a mi manera de ver sin tener la experiencia, sin ser médica ni mucho menos sino simplemente una usuaria del servicio de salud, que esto se debe es a la demora que las EPS's tienen en los pacientes de asignarles una cita, en la demora de las autorizaciones y eso, y la gente qué dice, pues me voy a que me atiendan por urgencias, entonces yo pienso que ahí hay un tema fundamental que se debe revisar en ese tema porque la congestión se está presentado en urgencias y otro tema que a mí me preocupa y que es, cuál es la diferencia que va a existir ahora entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo? Porque si bien es cierto, o sea cuál es el estímulo para uno que está en el régimen contributivo seguir ahí si ya es lo mismo, la atención va a ser la misma, en las mismas clínicas, en los mismos hospitales, entonces yo pienso que esto en vez de ser una solución va a terminar agrandando ese mismo tema que usted hoy está planteando acá frente a la saturación de los servicios en las clínicas y en los hospitales.

**Doctor Juan Carlos Giraldo, Representante de Clínicas y Hospitales:** Pues yo estoy muy de acuerdo con lo que dice la doctora Lina María, indudablemente, es que la ciudadanía tiene que buscar la solución y la encuentra, y la única puerta que está abierta 7 días a la semana 24 horas al día es la puerta de urgencias, entonces, ante la negación, ante la dilación, ante la falta de oportunidad de una autorización, o en una puerta que está abierta pues se van por el servicio de urgencias y eso es la manera más ilógica de entrar a un sistema, nosotros hicimos un estudio y encontramos que la mitad de los pacientes que están en el servicio de urgencias les preguntamos, oiga, usted por qué está aquí si su condición no es la clásica urgencia que va a afectar, pone en riesgo su vida y dice, porque las puertas de las otras vías están cerradas, entonces, más del 50% de los que son 3 y 4 nos han dicho eso, entonces ahí hay un problema en las estructuras, voy a terminar rápidamente esta parte diciendo, miren, hay un tema lo gubernamental, ustedes sacaron una ley, la 1438, hoy hay 47 artículos de esa ley que están vencidos en el tiempo para la reglamentación, entonces, ustedes sacan prácticamente es un cheque en blanco, Gobierno haga esto en estos temas y eso no se hace, eso es una cosa muy grave de la gobernabilidad, el tema del aseguramiento, que la mitad de la población no más esté

afiliada a entidades que están en liquidación o en vigilancia especial o que estén intervenidas por supuesto que es sintomático es que yo no estoy hablando del 5%, yo no estoy hablando del error estadístico, estoy hablando de más de la mitad de la población, qué significa eso? Que ha fallado, que está teniendo grandes dificultades ese eslabón y por lo tanto hay que repensar cuál es el papel que tiene que jugar, no he querido referirme a propósito al tema de plata, por qué? Porque es que la discusión no es sólo de plata, y a mí me da mucho miedo que se piense, no, simplemente consigamos una adioncita presupuestal, metemos uno o dos billones, le damos liquidez a la red y ya con eso sobreaguamos y se acabó el problema, eso no es así, miren que les estoy hablando de temas de la estructura, usted puede resolver a apagar el incendio, lo apaga hoy con una gran cantidad de plata, lo apaga hoy, por supuesto que nosotros estamos de acuerdo con que el Gobierno tenga este estar tazo en este momento con una serie de medidas para arreglar la situación calamitosa de todo el sector, pero si no se toman las medidas de fondo estructurales para un cambio completo en seis meses vamos a estar aquí otra vez en el principio de la próxima legislatura otra vez llorando que falta una plata y que hay que conseguir otra, eso es absurdo cuando en el sistema hay tanto dinero, entonces, paso al tema de las propuestas, lo primero, a ustedes y a muchos ciudadanos los atemorizan con el tema del modelo, entonces les dicen es imposible dar un salto al vacío, el país no puede tener esa irresponsabilidad, nosotros que hemos promovido.

**PRESIDENTE:** Está hablando de la constituyente? .

**Doctor Juan Carlos Giraldo, Representante de Clínicas y Hospitales:** No, no nada, lo que quiero decir es que hay que tener la mente abierta para pensar que todos los sistemas de salud se crean para unas coyunturas, se desarrollan, alcanza su máximo potencial, entran en crisis y se reforman, nosotros vamos en ese ciclo vital del sistema de salud y llegamos al punto en que se necesita una reforma, hay que discutir cuál es la reforma, y entonces nosotros les proponíamos ustedes lo han escuchado, un método, primero miremos afuera qué es lo que está pasando? Y usted, mire nosotros les entregamos ese estudio que hicimos de toda Latinoamérica, cuáles son las condiciones en común que tienen los sistemas más exitosos, digamos un Uruguay, un Canadá, un Chile, los mejores sistemas tiene libertad de escogencia, tienen sistemas de garantía de calidad y tienen una cosa muy importante, especialización y separación de funciones entre los integrantes del sistema, con eso me quiero referir al tema de integración vertical, entonces, usted mira afuera, pero también un comentario para ustedes, yo creo que uno no puede ser tan irresponsable de pensar que simplemente vamos a trasplantar el sistema, ah no, traigamos el chileno y lo traemos acá, o el Canadiense y entonces, copiamos el modelo, no, no podemos evitar esa discusión interna, el sistema tiene que ser apropiado a la realidad de este país, no es simplemente copiando entonces, usted puede observar, y le puedo decir otra cosa, la mitad de los países del mundo son sistemas nacionales de salud y la otra mitad de los países del mundo son sistemas que están basados en aseguramiento, es decir, no es que el Sistema Nacional de Salud sea un monstruo abominable y los sistemas de aseguramiento sean perfectos, no, y hay otro porcentaje importante de países que al final no se definen entre uno y otro y hacen cosas híbridas, como nosotros que tenemos un sistema mixto, entonces después de usted mirar

lo de afuera, les estoy hablando del método y la propuesta para el cambio de sistema, mirémoslo de adentro, por qué nosotros creemos que no estamos proponiendo un salto al vacío, porque indudablemente este sistema actual tiene algunas cosas, es decir, el salto al vacío sería borrón y cuenta nueva, tierra arrasada, nosotros creemos que eso no se debe hacer, se deben rescatar algunas cosas del sistema actual para que sean componentes del siguiente, por ejemplo que haya un plan de beneficios, eso yo creo que los ciudadanos colombianos no van a aceptar que le quiten su plan de beneficios, eso sí el plan de beneficios tiene que ser diferente, tiene que ser absolutamente claro, tiene que ser un plan que no sea sometido a las libres interpretaciones como ha pasado hasta ahora, que lo que era claro se convirtió en gris y después lo gris lo sacaron y lo convirtieron en no POS, eso no puede suceder, tiene que ser un plan nítido y que tenga un listado claro de exclusiones, que usted le diga a la ciudadanía, este contrato social está basado en este plan, y hay unas cosas que están por fuera que no las podemos dar por lo menos ahora, más adelante posiblemente, eso tiene que ser una de las cosas que se mantenga, el tema del sistema obligatorio de garantía de claridad también, recuperar el punto y medio de solidaridad que antes había, que yo creo que en esto hemos retrocedido, eso se tiene que recuperar, esa interface entre el contributivo y el subsidiado, es decir, con eso usted hace los puentes de este sistema al siguiente, tiene que mantener la correlación público privada, este país es uno de los más avanzados en toda la región en la coexistencia armónica de una red pública vigorosa con una red privada muy fuerte, eso hay que convertirlo y aprovechar todas esas alianzas público privadas para el siguiente sistema, entonces, con esos elementos que usted va trayendo ahí sí vamos a mirar cuáles son las opciones de reforma, y nosotros que le hemos propuesto al país, ojo, no he hablado del tema de corrupción, porque ustedes tampoco pueden olvidar eso, hace dos años aquí en esta misma discusión la 1438 se dio bien y parecía que era el remedio, pero después de la 1438 a estallado este gran escándalo de corrupción, eso le hace que ustedes se pongan un lente diferente para analizar el devenir del actual sistema, y eso hace más crítico aún la necesidad del cambio de sistema, por qué? Se lo aprendí a un periodista muy prestigioso de Colombia, si usted quiere saber dónde está la corrupción siga el dinero, y uno le podría mejorar la frase y decir, y si usted quiere acabar la corrupción retenga o mantenga o preserve el dinero en alguna estructura diferente, entonces, cuál es la propuesta que nosotros hacemos, es una propuesta de 4 pisos, basada en APS, segundo nivel de redes, tercer nivel administrador regulado y un cuarto nivel que es el eslabón macro financiero que es el asegurador estatal o el asegurador central. El primer nivel cómo debe ser? Por supuesto que el sistema, retomando lo primero que les dije de la catástrofe y del modelo recalentado o sea la catástrofe asistencial por exceso de demanda y por las otras cosas que se han mencionado, usted tiene que, volver a hacer el esfuerzo de convertir este sistema en un sistema promocional y preventivo pero ojo y esto también tiene que salir desde acá, la atención primaria en salud no es medicina de pobres, que siempre ha sido vista así, como eso es la vacunita, eso es la citología por allá, casi como una donación estatal, ese es una cuestión que tiene que cambiarse en el imaginario colectivo pero tiene que partir desde acá, la atención primaria en salud tiene que convertirse en una medicina de punta, utilizando tecnología, utilizando conectividad, pero no se pueden conformar ustedes con que se crearon unos equipos de atención primaria básica, eso es uno de los componentes, que entre otras

cosas doctora Martha eso viene desde el sistema anterior, recordemos los que nos criamos en el Sistema Nacional de Salud, se acuerdan de las promotoras de salud, las promotoras de salud hacían eso, eran unos agentes que salían y tenían lo que se llamaba la isopróna, dos horas de camino desde su sitio de habitación alrededor, esa era su área de influencia, allá se iban a preguntar, a controlar, a hacer todas las tomas de muestras, en fin, listo los equipos de atención primaria básica están muy bien escritos en la ley 1438, pero les falta, le falta por ejemplo hablar explícitamente de algo que mencionaba Julio y que nosotros llevamos años diciendo, hay que re potenciar el papel del médico general, pero díganme, no es solamente metiéndole aparatos, es que ese también es un cuento, métale un ecógrafo y con eso se compone, no señores, díganme ustedes si nuestros médicos generales están siendo formados y están teniendo un énfasis por ejemplo en semiología como lo teníamos nosotros hace muchos años, que sabíamos que teníamos que salir a ejercer con las uñas y por lo tanto era a punto de diagnóstico de inspección, de todo el método semiológico para llegar a un diagnóstico presuntivo más maduro, yo les aseguro que nosotros estamos fallando en eso, y los médicos nuestros no están siendo capaces, por una parte por la formación de resolver, diagnosticar y por otra parte por imposiciones o por el realideramiento que hubo con la medicina especializada, entonces que uno ya no pueda poner un bloqueo, que usted no pueda hacer una anestesia conductiva, que usted no puede hacer otro tipo de anestésicos disociativos u otras cosas en un hospital donde usted está solo, es el único recurso y usted podría resolver, usted está capacitado y lo puede hacer pero hay una ley que dice no, eso es del anesthesiólogo, entonces hay que mandar al paciente a la mediana o a la alta complejidad cuando usted podría resolver, ese tema hay que volverlo a hablar y ese es un tema con los colegas nuestros, qué vamos a dejar que hagan los médicos generales, vamos a re potenciar ese papel de ellos para que efectivamente el hospital de primer nivel pueda resolver, o si no es una discusión bizantina la que tenemos acá, entonces es, con equipos de atención primaria, es decir, con búsqueda activa de casos con una recepción inteligente de pacientes que pueda resolver, con un hospital bien dotado, bien conectado, bien comunicado, con una red de transporte suficiente, eso todo es atención primaria en salud, eso todo es salud pública pero aquí se piensa que eso no, eso ya cuando hay ya estamos hablando de esto ya es mediana y alta complejidad, eso es lo primero que tenemos que hacer y por supuesto quiénes son los grandes digamos, los que tienen el reto más grande, pues el sector público a través de los hospitales públicos, ojo, el hospital público y sobre todo el de primer nivel es un hospital que es una pieza imprescindible en el sistema de salud porque a la hora de la verdad es el que efectivamente hace la cobertura en las regiones donde otros no quieren estar, y yo represento públicos y privados, pero ojo, el hospital público no se puede despreciar así como así. Entonces, les decía que esto era una propuesta de cuatro pisos, el primer piso tiene que ser atención primaria en salud, y es más nosotros le queríamos proponer al Presidente Santos o al Gobierno, esto se debería convertir en una locomotora adicional, usted hace una revolución donde pueda integrar usted, ley de primer empleo, donde pueda usted juntar el sector educación y el sector salud y crear toda una masa de gente formada que hace toda la operación real de los equipos de atención primaria básica, entonces, esa es la base, el segundo nivel cuál es? El segundo nivel son las redes integradas de prestación de servicios, las redes integradas no es un descubrimiento para Colombia, las redes

integradas como les decía ya tenemos la experiencia como pocos países en Latinoamérica de tener una red pública y privada que coexiste y que trabaja de una manera que uno podría decir medianamente armónica, pero las redes y yo creo que se quedaron ustedes cortos y por supuesto el Gobierno en la escritura de la ley 1438, porque eso no es simplemente coger los postulados centrales de la UPS sobre redes, sino que se debería hablar de una serie de mecanismos y sobre todo de la figura emergente que exige la red, que debe ser o la creación de consorcios o la creación de uniones que hagan la vez de gran gerenciadador, gerente de la red, es decir, tiene que generarse una figura nueva ahí que sea la que haga la central de inteligencia, que mire cuál es la demanda, cuál es la oferta, cuáles son los recursos, cuáles son las áreas de interés que se van a pactar para desarrollar una buena red, eso no es simplemente juntar unas entidades y sobre todo faltó algo en la ley 1438, el pegante o el tejido conectivo de una buena red integrada de servicios de salud es un sistema de información potente, un sistema de información que le permita a usted con un tablero de mando mirar cómo se está comportando para responderle a la población, en realidad la red lo que debería buscar es volver a generar el concepto de población asignada y población de referencia, cosa que se perdió aquí, este sistema ha generado una enorme fragmentación, el examen se lo hacemos aquí, el medicamento se lo entregamos allá y la consulta se la damos acá, yo creo que eso es deliberado porque al final mucha gente desiste en el camino y termina siendo gasto de bolsillo, tenemos que hacer que la red integrada vuelva a juntarnos lo que es la epidemiología con la demografía, con la geografía y con la oferta de servicios, ese es el segundo piso, el tercer piso cuál es? Por supuesto que unas estructuras tan complejas necesitan un nivel intermedio de gerencia y ese es el que nosotros hemos denominado el eslabón de la administración regulada, donde pedimos y les exponemos a ustedes la necesidad de cambiar el rol de lo que hoy se llama EPS o asegurador, yo estoy diciendo cambiar el rol, cambiar ese rol, de manera que ellos con un libretto pre establecido se dedican a hacer unas labores de coordinación, de gerencia, de administración, de auditoría, de autorización de pagos y movimientos de dinero, pero sin tocar el dinero, ahí es donde está el cambio central del asunto de la administración regulada, porque hoy como ustedes lo ven hay una gran cantidad de masas monetarias llamadas UPC que entran a las EPS's y se les dan es antes, es decir antes de lo que nosotros proponemos es no, esa masa monetaria tiene que estar en ese cuarto nivel que es el fondo y a estas entidades se les remunera a posteriori con un esquema fijo y un esquema variable de pago por desempeño por las labores que hicieron, por qué tiene lógica, miren hoy nos están diciendo los señores de las EPS's que se están gastando alrededor del 92, 94% en prestación de servicios, es decir, cuando les entra la plata teóricamente ya está comprometida, entonces para qué la tienen en el bolsillo, eso háganlo, llévenlo ustedes a la economía doméstica, eso se convierte en plata de bolsillo y en alguna otra cosa se ha de gastar o se va a distraer, es más, eso ya lo hemos visto y lo han dicho las diferentes autoridades de control y vigilancia, entonces lo que nosotros pensamos es un libretto, unas funciones bien establecidas y ellos cumplen eso, se les paga, si hacen eso de una manera apropiada, rápida, oportuna, se les puede dar un variable adicional por buen desempeño, es absolutamente diferente y ahí si lo que tanto les gusta a los economistas el tema de los incentivos inmediatamente se va a cambiar porque, entonces hoy lo que estamos viendo es, teniendo la plata en este bolsillo cada

vez que llega un usuario pues va a exigir que se gaste alguna plata de allí, entonces cuál es el incentivo, ha de tener, a la lista de espera, a la barrera de acceso, al más tiempo para la prestación, o a la negociación de las cuentas a posteriori con los hospitales o a la generación de enormes carteras, esto va a cambiar, cuando esta plata ya no esté hay avidez por conseguir ese dinero y por lo tanto ahí sí vamos a ver que va a haber velocidad por autorizar, por abrir la puerta, por llevar, por buscar, porque hace resto y presentar la constancia de que se hizo, se les va a dar el pago a posteriori, ese es el eslabón tercero y el último que es lo que hemos llamado nosotros, ese va a ser el asegurador central o asegurador estatal que va a ser el que va a recoger toda la masa monetaria de la financiación del sistema y se va a encargar, ojo, no es el FOSYGA de hoy, que entre otras cosas el FOSYGA de hoy es muy mal ejemplo, porque el FOSYGA ha tenido una función que fue la que lo hizo ahogar, el FOSYGA es el que, mejor dicho el consorcio está conformado por los bancos, los bancos qué saben hacer con la plata, pues guardarla y ponerla a rendir, trabajar con ella para que de unos rendimientos y preservarla de que se la roben o que se pierda, bueno, a esos bancos además les pusimos nosotros la función de auditar cuentas, cosas que no saben hacer, y entonces por eso es que ha naufragado el FOSYGA en trámites, en revisiones, en auditorías que por miedo de hacer las autorizaciones y entonces más bien se queda quieto y eso es lo que ha generado esta gran represa de los recursos, el fondo que nosotros proponemos ese banco, ese cuarto piso del sistema que estamos proponiendo de administración regulada, lo que hace es recaudar o recoger ese dinero y ser el pagador, cuando nosotros decimos pagador único no significa que aquí hay una casa en Bogotá que está llena de dinero y desde ahí, no, como los bancos tiene sucursales eso puede haber un esquema de operación con alguna descentralización para el movimiento ágil del dinero, pero él va a preservar esa masa monetaria y con las órdenes o autorizaciones de pago que da el que hace la auditoría que es el administrador regulado es que se va a mover el dinero y va a llegar por vía expedita hacia los que efectivamente presten el servicio, que quién va a contener la demanda de servicios? El primer piso que es la atención primaria en salud y el tercer piso que es el que tiene que hacer auditorías y controles de la calidad y de las guías y de los procedimientos al interior del sistema, es decir, no se está promoviendo que se cree una caja única que simplemente va a pagar todo lo que los hospitales le giren, eso no se debe hacer, entonces esos son los cuatro niveles, atención primaria, redes, eso está en la ley 1438 pero a eso hay que meterle otros componentes en una ley nueva con más definición y más detalle, un tercer piso que es administrador regulado y un cuarto piso que es el financiero que es el gran asegurador porque es el agregador de riesgo. Termino con lo siguiente, nosotros no estamos proponiendo que se derrumbe el esquema de aseguramiento, estamos proponiendo que se mantenga de manera explícita un aseguramiento a nivel central, un aseguramiento estatal entendiendo además que el verdadero aseguramiento lo da la concesión de un plan de beneficios, la cotización que financia ese plan de beneficios, los subsidios que se dan por las diferentes vías y la agregación de riesgos que se hace allá en ese nivel, al final del día yo no puedo descuidar en esta intervención que hay muchas cosas, esta es digamos la parte como operativa macro del sistema, pero hay temas como la ética, todos los que somos colegas aquí gente del sector salud, profesionales del sector de la salud, hay que volver a hablar de una ley de ética médica, aquí han pasado muchas cosas en el sistema y yo creo que eso

requiere que nosotros otra vez nos sentemos así sea a puerta cerrada y volvamos a hablar de cómo es que ha funcionado y esa interacción de todos esos incentivos y ese mercado con nuestras profesiones han generado una serie de comportamientos que de pronto no son los mejores, lo segundo del tema, el tema del humanismo, el humanismo no puede ser visto como un discurso cursi, el humanismo es la parte central, el ser humano tiene que ser el eje fundamental del modelo de salud, no las instituciones, no nosotros, por muy importantes que sean o seamos no podemos ser los centrales, los centrales tienen que ser los pacientes, los usuarios, por lo tanto todos los esquemas de participación ciudadana se tiene que **remozar** para que esto funcione mejor y por supuesto hay muchas otras cosas que uno tendría que sumarle a esta propuesta en las cosas operativas pero la conclusión nuestra es, creemos que se tiene que hacer una reforma, que ustedes tienen en las manos la oportunidad de hacer una reforma, muchos han dicho que si es estatutaria, que si es ordinaria, ustedes son los técnicos en esa definición, pero creemos que se puede hacer, miren que lo que nosotros estamos promoviendo no es derruir el sistema, entre otras cosas porque es que ya está derruido, nosotros lo que estamos proponiendo es recomponer algunas de esas cosas y evolucionar hacia un sistema mejor y que pueda darle mejores resultados en salud a los colombianos, yo creo que nosotros sí podemos hacerle una invitación al Gobierno y al Congreso, por qué no pensamos en grande, por qué no podemos tener el mejor sistema de salud del mundo, por qué siempre estamos con ese pensamiento miserabilista, es que antes con esa platica es que antes con eso es que hacemos mucho, yo creo que aquí se ha demostrado que con esa plata que tenemos, con el conocimiento técnico que tenemos sobre sistemas de salud, con la infraestructura que hay en el país nosotros con una mejor administración y gerencia intermedia del sistema nosotros podríamos tener grandes resultados en términos de salud colectiva.

**PRESIDENTE:** Doctor Giraldo, a ver doctora Martha, sí, después de la doctora Martha le damos la palabra al doctor Jaime Arias Ramírez.

**H. REPRESENTANTE MARTHA CECILIA RAMIREZ ORREGO:** Su jefe doctor Romero, el Ministro de Trabajo que me estaba haciendo una pregunta frente a un proyecto. A ver, yo precisamente estaba sosteniendo aquí casi que un debate paralelo con Juan con quien hemos trabajado y mirando que en este momento fundamental hay que desacalorarse un poquito, está bien que el paciente está en paro y lo hemos dicho desde los debates, ojalá pudiera traer aquí cada vez que inicié debates en esta Comisión hablando de que como médicos sabemos cuando recibimos un paciente poli traumatizado, cuál es el procedimiento ASB y SC y yo creo que cada vez nos debemos aferrar más a eso, y uno mira en propuesta de Junta que representa la Asociación de Clínicas y Hospitales, mira en la de la Asociación o este grupo que está haciendo seguimiento a la 760 y en las Federaciones y en la mayoría tenemos unos puntos de coincidencia y yo creo que hoy todo el mundo está aferrado al tema de APS y redes, yo no veo por qué nosotros nos tengamos que demorar mínimo hasta Diciembre, no, se nos va hasta la legislatura porque no sería una reforma que traiga mensaje de urgencia de Gobierno, entonces imaginemos las Bancadas, imaginemos los grupos de interparlamentarios, todo el mundo presentando proyectos de ley, yo no sé exactamente cuántos hay ahora pero en mis manos tengo 5

proyectos de estatutaria, 7 hay ya, me están diciendo que 7 propuestas de reforma estatutaria y para nosotros como Congresistas que bueno ir a decirle a la gente, listo, aquí le vamos a trabajar una nueva ley, pero yo lo decía en Popayán, mientras tanto los pacientes se están muriendo y los hospitales están ilíquidos, entonces frente al tema de APS y redes, hago la defensa clara de que es un tema que se puede exigir, nosotros como Congresistas que se reglamente ya, y que esté iniciando en Enero, ese borrador marco de APS y redes que lo han ya mirado los Secretarios de Salud como lo han mirado otros gremios va estando cercano a lo que queremos, no es el tema de que los equipos básicos de atención va a ser la promotora de salud , está claro ahí que tiene médico general y está claro que va a haber centros de atención primaria en salud que hoy podríamos decir, un hospital para un municipio de esos que hablaba el Doctor que son la mayoría de menos de 5.000 habitantes tiene que ser muy fuerte en esos equipos de atención primaria, y también hay que decirlo que el tema de redes los atributos precisamente son para desarrollarlos, es que dentro de uno de los atributos es un primer nivel fortalecido y cuando se detuvo o cuando en la 1438 dijimos que ese 10% de SGP se iba a quedar para apoyo de la oferta, es precisamente pensando en tecnología y en apoyo al talento humano, y cuando en el capítulo de talento humano que nos quedamos cortos y que ahora en la reunión con El Ministro del Trabajo hablamos de que vamos a presentar una ley específica de talento humano en salud y el Ministro se comprometió y está trabajando con El Ministerio de Salud y Protección Social, en eso nos quedamos cortos, pero ahí se esbozó que la estrategia de atención primaria necesitaba formación de talento humano, y la definición de atención primaria ahí no quedó como la medicina sencilla de los promotores, ahí la descripción quedó claramente que es para todas las etapas, la estrategia de atención primaria y por eso tocamos hasta la 715 cuando decíamos que los planes de salud y todo tenían que ser en el marco de estrategia de atención primaria, qué es lo que le falta, el documento marco que yo quisiera invitar a todos a que lo releamos, lo revisemos, es largo, pero yo sí prefiero apegarme hoy de ese documento y prefiero dar el debate aquí en que eso arranque en Enero o en Febrero a devolvernos, a que tengamos que volvernos a someter a otra nueva ley y mientras tanto otros tres o cuatro años, ese documento marco qué le falta? Le falta la cabeza, quién va a ser la cabeza de la red y le falta la financiación clara de los equipos básicos, que ahí no está claro, peleemos esas cosas, propongámoslas, exijámoslas al Ministerio pero no tratemos de creer que entonces, viene esa ley y ese doctor es el primer piso de lo que usted está hablando y el segundo piso, y los podíamos tener ya fundamentados ojalá en Enero y Febrero, es que la ley 100 también hablaba de que la estrategia, la puerta de entrada al sistema era el primer nivel y era atención primaria, la ley 100, ahora volvimos y lo retomamos centrando el eje del sistema en el usuario, entonces aferrémonos de eso, el sistema de información también fue una gran discusión y el doctor Zabaraín si que se ha abanderado del tema y él ya estaba en el Ministerio viendo los detalles como los tuve yo la semana pasada, y qué soñamos nosotros con el sistema de información, único y en línea, y aquí Juan peleó mucho y defendió mucho la historia Clínica única, automatizada, perdón me devuelvo un poquito a redes, nosotros en redes no hablamos solo de identificar listas de hospitales, no, de montar tele medicina, de todo ese tipo de cosas importantes de la tecnología, el sistema de información, sí que lo necesitamos para Junio del año entrante funcionando y por eso la exigencia al Ministerio, nos deberíamos concentrar hoy esta Comisión señor

Presidente, señor Vicepresidente, a estar mirando eso al detalle, con Ingenieros, con expertos, porque para garantizar la portabilidad Nacional y no quedar mal nosotros necesitamos el sistema de información funcionando en línea, y dijimos que la portabilidad Nacional la íbamos a comenzar a operar en Junio de 2013, el año próximo, sabemos que el Ministerio está avanzando en la consolidación de las bases de datos, está generando cambios, por ejemplo en la misma medicina legal, cómo reportaban el certificado de defunción, no tiene suficientes datos como para quedar en un sistema integrado de información en salud, se están haciendo una cantidad de cambios, esto no es sencillo, las transacciones en salud son muchas pero que bueno concentrarnos nosotros a mirar en detalle y a los Secretarios de Salud y los Hospitales, cómo sacamos ese producto bien sacado para que funcione en Junio, no a creer que otra vez lo colocamos en un artículo en la ley y entonces, ahora sí va a funcionar, y así el tema del recaudo, el tema del rol de las EPS's, aquí lo hablamos doctor Arias y la doctora Eliza sabe muy bien que cuando dimos la pelea tan grande y dejamos que el 10% fuera para administración y el 90 para prestación tuvimos un Ministro que nos frenó, pero el tema era manejar los recursos en cuentas diferentes, es más, yo me atreví a proponerle al Ministerio que solo un 6% para administración, que un 4% para incentivos a los logros en salud, por ejemplo, usted tiene una población hipertensa, va a tener un porcentaje más de incentivo si esa población no le llega una enfermedad cerebro vascular, si esa población no se le infarta, si esa madre gestante no tiene un bajo peso al nacer el bebé, eso lo propusimos y son batallas que nosotros podemos seguir dando y que yo preferiría que más que devolvernos hacia allá, si ya estuvo en una mesa de discusión porque damos fe y en las actas esos temas estuvieron en las mesas de discusión hemos avanzado en el camino, entonces estamos totalmente de acuerdo. El giro directo es otro tema señor Presidente que nosotros debemos defender a toda costa, por qué, porque los hospitales van a tener un flujo continuo, porque hoy está en un porcentaje no el más satisfactorio pero yo creo que ese es un punto importantísimo para la liquidez de los hospitales, hay reglamentación abundantísima en esa materia porque han ido avanzando, yo le insisto mucho a la Ministra, no solo con la red pública que me parece maravilloso, los hospitales hoy de primer nivel no están tan ilíquidos, como sí lo están los de segundo y los de tercero y como lo están las clínicas privadas, ellas sí que están ilíquidas y el giro directo tiene que cubrir a todos los prestadores, concentrémonos a mirar eso, lo hemos solicitado en los debates, pero como en los debates se tocan tantos temas yo creo que muy pocos son los compañeros que pueden repetir o decir con claridad a una comunidad cuánta reglamentación ha habido con giro directo y cuánto beneficio ha tenido porque todo eso se diluye, entonces mi llamado es a que nos aferremos a los logros que ya tenemos y los saquemos adelante, porque ese es el A, el A del sistema son esos temas doctor Juan que usted toca y que yo estoy de acuerdo con ellos y con calma miremos la reforma, pero primero saquemos a los pacientes, saquemos a los hospitales del paro en el que hoy están, y con estos elementos lo sacamos y con toda la calma miremos los elementos estructurales una vez bajemos un poquito la guardia con la desconfianza que nos tenemos entre todos los actores. Muchas gracias.

**PRESIDENTE:** Gracias doctora Martha, nosotros hemos sido reiterativos en que es imprescindible que el liderazgo del Gobierno Nacional no es que estemos pidiendo la

cabeza de la Ministra, ni más faltaba, eso no es, por el contrario hemos dicho que la vemos es sola, que el Gobierno tiene que ser un solo cuerpo no peleando el Ministerio de Hacienda con el Ministerio de Salud a ver quién tiene la razón y en eso seguiremos siendo reiterativos porque o si no el trámite parlamentario también va a ser arduo, paladeando 20 leyes estatutarias porque cada cual se va a sentir con el derecho a presentar una y el Gobierno simplemente expectante me parece que eso sería fatal, pero estoy de acuerdo con usted doctora Martha que se puede ir desarrollando desde ya, no necesitamos esperar otra ley, otra reforma que se pueden hacer desde ya, que ha sido la crítica como le dijimos esta mañana al Ministro de Trabajo, la pereza que le da a uno a veces en una ley es que las facultades que le da para reglamentar esa ley nunca las usa el Gobierno, se quedan sin reglamentar y se mueren. Doctor Jaime Arias tiene la palabra, la doctora Eliza está que se habla, si el doctor Arias le cede 30 segundos sí? Por cortesía para una aclaración, pero doctora, no se empiece a defender de nada. Doctor Arias también, es para propuestas, pues obviamente como el doctor Giraldo, hacer una introducción para que la propuesta tenga sentido. De manera doctora Eliza, 30 segundos.

**Doctora Eliza Torrenegra:** No, voy a hacer una claridad a la mesa. La cifra que dijimos en lo que estaba respaldando 550.000 millones de pesos es solo de la cartera antigua, ahí hay que aumentarle lo que ya se le giró a los prestadores por concepto no POS que son 250.000 millones de pesos y los dineros que se van permanentemente y mensualmente a los prestadores, en esto es que coinciden las cifras, no es solamente mirar que bajamos el valor y ya, era solamente una aclaración. Gracias.

**PRESIDENTE:** Doctora Elisa, muy amable, doctor Arias tiene la palabra.

**Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente de ACEMI :** Doctor Romero, Vicepresidente Zabaraín, Honorables Representantes, doctor Yépes, doctor Valdés, doctora Martha Cecilia, doctora Eliza, doctor Juan Carlos Giraldo y doctor Rincón, muchas gracias por esta invitación para presentar aquí algunas ideas alrededor de este tema tan largamente debatido, en realidad veo un ambiente muy tranquilo hoy en la Comisión y eso es bueno, ese es un buen presagio ojalá siga así y se permita este ambiente, adelantar una discusión tranquila, informada, razonable como sería lo deseable, porque la verdad es que la responsabilidad del Congreso en este momento como también en el Ejecutivo es muy grande frente a la Nación en relación con la situación que está atravesando el sector salud y el país espera funciones, respuestas, me parece que los debates hoy en el año 2012 pueden ser muy distintos a los que adelantamos aquí hace 20 años cuando la ley 100, en ese momento teníamos muy poca información, por eso inclusive en la ley 100 hay una serie de disposiciones que dejan abiertas a la espera de que hubiese información desde el tema central que era la unidad de capitación y el POS, no se sabía cuál podía ser, el POS, se acogió el que propusieron los sindicatos del Seguro Social que era el POS del Seguro Social porque no podían retroceder en esos derechos adquiridos pero eso era una cosa ahí en el aire, información sobre la UPC no había, muy poca información sobre la cobertura poblacional, realmente buena parte se hizo a base de intuición y experiencia de los Congresistas que venían de todas las regiones y de los diferentes partidos políticos, hoy es muy distinto señor Presidente y Honorables Representantes, hoy hay mucha información lamentablemente no la hemos visto en estos debates, hay estudios

recientes inclusive que vale la pena mirar, aquí en el seno del Congreso, por ejemplo el estudio que acaba de presentar La Universidad Javeriana que es un estudio completo sobre el sistema, un estudio que creo que acaba de producir FEDESARROLLO, bueno y hay varios, los estudios que analizan las encuestas de demografía y salud o las encuestas de morbilidad, la encuesta Nacional de salud, hay una cantidad de información valiosísima que uno quisiera escuchar y ver aquí en los debates para que no se sigan de parte de todos los actores incluyendo a quienes yo represento diciendo cosas, expresando sentimientos muchas veces, yo invitaría con todo respeto a la Comisión Séptima de la Cámara que en algún momento así como hoy gentilmente se nos ha invitado a nosotros como Representantes de gremios se invitara a algunos académicos de todos los sectores también para que expusieran aquí los resultados, que son resultados válidos de estudios que pueden ser validados y vamos a ver cuál es la real situación del sector salud que tiene grandes fallas, grandes dificultades pero también grandes logros, desbaratar o liquidar completamente un sistema de aseguramiento que ha funcionado me parece complicado, pero posible, y si eso se hace hay que estar muy seguros de lo que se va a hacer, porque yo he visto, he leído unas 8 propuestas tanto de reforma estatutaria como ordinaria de ley ordinaria, unas muy buenas, otras regulares y otras bastante malas, no voy a decir cuáles son las malas, y malas no porque pertenezcan a uno u otro sector ni por lo que proponen, sino por la pobreza en los argumentos más que todo, ahí encuentra uno desde quienes proponen acabar completamente, arrancar de cero con un nuevo sistema de salud y esa es una de las propuestas interesantes, inclusive es la propuesta creo que del comité de seguimiento de la sentencia 760, es bastante respetable esa propuesta, claro, tiene un contenido político muy fuerte, y es muy coherente con lo que ese sector político ha venido expresando desde la ley 100, es que eso no es nuevo, yo estaba sentado en ese momento durante los debates de la ley 100 junto al Senador Cepeda que desgraciadamente fue asesinado, y él tenía esas tesis, y era muy respetables, hoy ese sector presenta una iniciativa que arranca por decir, esto hay que barrerlo completamente, bien, eso es una posibilidad, arrancar completamente de cero, pero hay otras y el Congreso y el Ejecutivo pueden examinarlas, una de ellas que a mí me preocupa como Colombiano, yo les quiero decir Honorables Representantes que yo soy Presidente de ACEMI, pero estas tesis las he defendido durante los últimos 19 años, sin estar en ACEMI, yo no tenía nada que ver con las EPS's privadas, no las conocía, ni me conocían, estoy defendiendo lo mismo y seguiré defendiendo lo mismo y este es el punto que a mí más me preocupa y es el tema del aseguramiento, yo creo que uno de los grandes hitos en salud en Colombia en los últimos 50 años ha sido haber llegado al aseguramiento, otro gran hito es haber logrado la masificación, haber completado esos 40 y pico millones de personas con el esfuerzo que hizo especialmente el Gobierno anterior en el régimen subsidiado, y otro hito puede llegar a ser la unificación de los planes de salud en uno solo, esos tres tienen un valor tan grande que sería una lástima retroceder, claro, revisarlos todas las veces, pero retroceder sería muy triste pero pueden haber muchas opciones, tener un sistema centralizado en el Estado, nacionalizando las EPS's, eso es posible, eso funciona en muchos países y en algunos casos hasta funciona bien, o un sistema mixto, plural, o regionalizado como ocurre en Canadá por ejemplo, o en los mismos Estados Unidos, o eliminando al sector privado totalmente, no sector privado, o inclusive dentro del sector privado eliminando el lucro si se pueden encontrar argumentos

para que no exista lucro en el sector salud, que lo ha habido en toda la historia del sector salud, en las IPS's, en los centros médicos, en las EPS's, el lucro ha sido un compañero del sector salud a lo largo de 300 años o 200, pero bien, podría también eliminarse el lucro, hay muchas posibilidades y yo creo que eso es lo interesante del momento en que el Congreso abra su mente y explore las muchas posibilidades buscando cuál es la mejor para Colombia, el problema que algunos llaman pues el colapso, la muerte del sistema de salud, yo no creo que allá hayamos llegado pero sí estamos frente a una crisis muy grande, esa crisis no se generó en el 2009 o el 2010 cuando la emergencia social, ni el año pasado cuando se aprobó la ley 1438, esa crisis casi que nació con el sistema, como los Colombianos tenemos en nuestra cultura hispánica esa noción de que todo se arregla con normas, pues sí, se hizo la ley 100 y el país se quedó ahí, y resulta que las leyes tienen que ser absolutamente dinámicas, hay que revisarlas, confrontarlas con la experiencia y eso no ocurrió en el sector salud Honorables Representantes, claro ha habido reformas y dos leyes grandes, no, tres o cuatro con la 715, ha habido una serie de leyes que han reformado la ley 100 pero no se ha tocado el fondo del problema, este sistema que algunos llaman recalentamiento, yo lo llamaría congestión que tenemos ahora, ha evolucionado muchísimo en los últimos 20 años, comenzando porque hay una generación nueva, en 20 años se cambia una generación, hoy hay una generación nueva, somos más viejos, tenemos una diferente carga de enfermedad, yo no digo que mayor o menor, porque si bien ha disminuido en mortalidad como dice el doctor Giraldo, eso es cierto, ha aumentado en discapacidad, lo cual es normal, eso es un éxito, entre otras cosas paradójicamente es un éxito, en los países europeos la carga de enfermedad viene aumentando por la discapacidad, no por la mortalidad, aquí nos está ocurriendo lo mismo, porque tenemos una población distinta, una población que se nos está envejeciendo y está demandando otro tipo de servicios y además porque existen derechos que no existían antes y que hoy la población los ha apropiado afortunadamente y la gente reclama por vía tutela o por otras vías y eso ha hecho también aumentar la demanda de los servicios pero algo diferente a todo esto es la utilización de los servicios, uno de los pocos datos que existía en el año 1993 recuerdo yo, era el de cuántas consultas médicas se hacían en Colombia, 1.5 consultas médicas por habitante, era un promedio muy bajo, en ese momento en el mundo el promedio era 2.5, yo venía de trabajar en la ciudad de Nueva York, allí era 2.8, Colombia 1.5, pues hoy de 4.5, se ha triplicado, eso es bueno? Sí, es bueno, pero puede ser malo también lo que es claro es que el mayor impacto que ha tenido el sistema de salud ni siquiera es por eso, es por el cambio de tecnologías y eso no lo detiene nadie, los estudios que se han realizado reciente en muchas partes del mundo inclusive, dicen en general que el cambio de tecnología que es casi todo medicamentos, es causante entre el 60 y 80% del gasto en salud y aquí nos pasó eso Honorables Representantes, si ustedes examinan los recobros no POS van a encontrar que el 80% es de medicamentos y que 10 medicamentos biotecnológicos todos ellos tienen el 25 o el 30%, 10 medicamentos, inclusive una sola casa farmacéutica tiene tres de esos y el país no ha hecho ese debate, son 11 billones de pesos que se gastan en medicamentos, ahí está el impacto más fuerte sobre la presión que hoy está recibiendo el sistema, sí, a mí lo de las urgencias me parece relativo, los que somos más viejos aquí sabemos que las urgencias siempre fueron la vía de entrada porque era una forma de escape, es absurdo pero ocurre lo mismo en Nueva York o en París, el problema de las

urgencias no creo que sea bueno, algo dicen naturalmente, entonces hay una presión sobre el sistema, ustedes van a los hospitales, ustedes van a los centros ambulatorios de las EPS o de IPS y las encontrarán absolutamente congestionado y eso está causando, hay que reconocerlo, un deterioro de la atención médica. En Colombia se viene deteriorando lentamente la atención médica. En materia de servicios yo no creo que hayamos llegado al colapso, pero podríamos llegar en cualquier momento, y eso hay que evitarlo, pero si hemos llegado a un deterioro muy grande en materia de servicios. Bueno, entonces mientras cambia la presión sobre el sistema, que era lo lógico, el sistema se quedó en lo establecido en la ley 100 y en algunas reglamentaciones posteriores, el sistema no se adaptó, no respondió, no fue proactivo, fue un sistema lleno de regulaciones, eso sí, lleno de decretos, de resoluciones pero que no tocaban los problemas que se iban presentando, el caso del POS, ustedes examinaron aquí hace unos meses, en una sesión sobre la CRES. Ese es un caso muy complejo, el POS, repito, se inició porque se estableció en la ley 100 un POS provisional, pero luego no cambió, no cambió en 15 años, era una forma de evitar una situación de des financiamiento, no cambiaron el POS, y no ha cambiado sustancialmente, el POS sigue siendo muy parecido, cuando se había transformado completamente el entorno tecnológico, entonces ahí es donde se ve como los Gobierno, varios Gobiernos, liberales, conservadores, no hicieron la tarea, y hoy 19 años más tarde estamos aquí sentados frente a una situación muy compleja del sistema, pero es que no solamente haciendo leyes o produciendo decretos o resoluciones o circulares se arreglan las cosas. Entonces, yo quisiera señalar un punto muy importante, para mí el aseguramiento es como el centro de este debate, o hay aseguramiento o no hay aseguramiento. Hay una serie de propuestas, que se dice, eliminemos el aseguramiento, digamos en cabeza de las EPS, y que haya un aseguramiento de la Nación, encima, un verdadero aseguramiento. Bueno esa es una propuesta, y que las EPS se vuelvan simple administradoras haciendo cositas. Eso también es posible. A mí me parece que el aseguramiento es clave, ahora, quiero en este momento decir, no entiendo por qué de algunas oficinas públicas muy importantes se dice que las EPS no son aseguradoras, que no, que ellas son simples administradoras, pero existe una póliza, existe un tomador de la póliza que es el Estado, existe un pagador, existe un riesgo involucrado, existen unas notas técnicas actuariales, existe una prima, una prima que es la UPC. Existen unos deducibles que son los copagos y las cuotas moderadoras, existen unas reservas técnicas legales, es decir, todas las condiciones de aseguramiento las tienen las EPS de los regímenes subsidiado y el contributivo, son aseguradoras, si alguien quiere decir son malas aseguradoras, bueno, eso es otra cosa, pero que son aseguradoras son, y por ser aseguradoras muchas se pueden quebrar porque si es verdad, en la siniestralidad de las EPS, ha crecido enormemente, yo creo que este año debe estar en 93%, es decir, de 100 pesos del POS 93 se tienen que gastar en gasto médico, y 7 quedan, pero viene luego el no POS, que es el 25%, de ese no POS, automáticamente las EPS pierden una tercera parte porque el 33% es glosado, y se siguen glosando, y hoy se siguen glosando el 33, entonces la siniestralidad de las EPS en muchos casos está en 106%, así qué sistema de aseguramiento puede funcionar. Así como los hospitales tienen una situación difícil que no debería ser así, si ustedes revisan las únicas informaciones que se pueden revisar, que son las de La Superintendencia de Salud, ustedes van a encontrar que las EPS están en una situación muy parecidas a la de

los hospitales, ilíquidas muchas de ellas, y muchas de ellas cerca a la insolvencia, porque el sistema, y perdónenme, yo tampoco quisiera hablar de plata, pero el sistema en el corto, en el mediano, y en el largo plazo, no tiene sostenibilidad financiera, El Ministro Juan Carlos Echeverry hizo un estudio, y lo mostró ante La Corte, demostrando que este sistema de salud de Colombia en los próximos 30 años será un sistema deficitario, y eso tenemos que arrancar de ahí, este es un sistema deficitario y ojalá tengan ustedes en cuenta en sus discusiones este asunto, entonces, hay una cosa sobre las EPS's, las EPS's son bastante odiadas yo lo reconozco, casi tan odiadas como los bancos en el sector financiero, por qué, porque las EPS's les ha correspondido hacer la tarea dura del sistema, las EPS's se enfrentan muchas veces a los pacientes en el tema del POS de las zonas grises y deniegan tratamientos y demás, bueno, con o sin razón, las EPS's tienen que relacionarse con los aportantes, las EPS's tienen que relacionarse con las IPS's, con las clínicas, los hospitales y están en conflictos permanentes en ambos sectores y las EPS's tienen que ir a pelear con el FOSYGA y con los laboratorios farmacéuticos, están incrustadas porque son como se dice en la literatura sobre esos temas, son integradoras, aquí en Colombia les decimos articuladoras, entonces sí, pueden desaparecer pero tiene que haber algún articulador honorables Representantes, el Estado, CAPRECOM, cualquier articulador, un sistema de estos no puede funcionar sin articuladores, estos sistemas desde el punto de vista de informática, de procesos, de procedimientos son demasiado complejos, para que funcionen sin articuladores y los articuladores siempre serán antipáticos, llámese CAPRECOM si es que resuelven que esto se debe convertir en un gran CAPRECOM o volver al Seguro Social o lo que sea, o las EPS's, entonces hay que entender un poco ese papel de articulador, ahora, yo no quiero hacer la defensa aquí a ultranza de las EPS's ni mucho menos, hay EPS's muy malas que deben desaparecer y hay otras muy buenas que no deberían desaparecer, eso es un problema claro, como hay hospitales buenos, malos y regulares pero sí quiero decir algo, el sistema hay que mirarlo en su trayectoria de 20 años, uno no puede sacar fotografías del año 2010, hay que mirar la trayectoria, yo creo que en los primeros años de este sistema hubo unas vacas gordas para muchas EPS's sin la menor duda, es decir, la gente no acudía a los servicios, la gente no conocía sus derechos y no conocía el sistema y entonces, a pesar de que la UPC se consideraba baja era suficiente y sobraba dinero y algunas EPS's seguramente hicieron mucho dinero, e hicieron inversiones en lo que fuera, no todas, sí hubo una época, esa época tenía que terminar y me parece que en el régimen subsidiado debería haber pasado algo parecido, un momento en que el sistema de salud la demanda sobre los servicios era muy baja, por lo menos en los primeros 8 o 10 años, luego vienen las crisis, a mí me tocó vivir una muy fuerte con el Seguro Social cuando estaba de Presidente de ese Instituto peleando con EPS's de régimen privado exactamente, era una época muy distinta a la de hoy, hoy honorables Representantes no creo que mucho inversionista ni Nacional ni extranjero estuviera dispuesto a meterse en esta actividad de EPS, no, ustedes no ven solicitudes de nuevas EPS ante La Superintendencia de Salud, porque pasó la época de las vacas gordas y está bien que eso haya pasado, eso es un ciclo que tenía que ocurrir, y ocurrió, lo que pasa es que ahora está bajando y ojalá no baje al punto de que sigan apareciendo aseguradoras, como está ocurriendo en el régimen subsidiado y posiblemente en el régimen contributivo. Esta es la situación que el ministerio está estudiando en estos días un decreto de habilitación para el paso a La

Superintendencia Financiera. Lo que más les preocupa a muchas de las EPS es que en ese decreto se incluyan unos artículos sobre cómo salir, porque es que no se puede salir, la gente dice, no, salgase, si el negocio está malo salgase, no, una EPS no se puede salir, una EPS que tiene 5, 3, 2 millones de personas, primero por responsabilidad social, segundo por razones jurídicas, tercero, porque el Gobierno no lo permitiría, miren el caso de Medellín donde ya han pasado, 3 o 4 EPS tratando de atender una población del régimen subsidiado y siguen pasando. En Bogotá, COLSUBSIDIO y ECOPSOS, se retiraron, que van a hacer si no consiguen EPS en el régimen subsidiado que le atendían esas poblaciones, entonces el problema de las EPS es bastante complicado. Yo no voy a entrar hoy aquí sobre si el sistema es bueno o es malo, sobre resultados en salud, me parece que eso lo podrían examinar con los técnicos, yo creo que el sistema es bueno, pero bien. Quiero entrar rápidamente a enunciar las causas de los problemas. Visto desde el sistema en sus últimas 2 décadas, el peor momento arranca en el año 2004-2005. Cuando la honorable Corte Constitucional en su sabiduría, y obviamente defendiendo lo que ellos tienen que defender, que es la integridad de La Constitución, dicen, abrase la compuerta de los recobros y el ministerio de entonces, no sé quién era el ministro, Palacios, no sé quién. Dice, sí señores, esto es lo que hay que hacer, recobros, afortunadamente en el régimen subsidiado no ha sido tan grave y luego las EPS felices recobrando y los hospitales felices, y los grupos médicos encantados con la medida, y los pacientes ni se diga, un jolgorio Nacional, ese no POS ha causado un gran trauma del sistema porque eso no era parte del contrato, eso no era parte de la póliza contratada, eso fue un invento Nacional, y dijeron, no, recóbrerlo, y resulta que el recobro funcionó un año, dos años, no estaba financiado, ese recobro debía ir por cuenta de la Nación, como ocurren en muchos países del mundo, especialmente en lo que se refieren de enfermedades huérfanas o raras, o ciertas enfermedades de altísimo costo y creo que uno de los proyectos de ley, sino estoy mal es el de la doctora Martha Cecilia, se refiere a ese tema, el tema del recobro fue fatal, produjo unos problemas administrativos enormes, en Medellín, yo fui un día y conocí el departamento de recobros de SURA y es todo un edificio, y de pronto aquí no, aquí hay 50 abogados, 40 ingenieros, cosa tan absurda, el costo de transacción que han producido los recobros, no solamente a las EPS, a las IPS, los problemas administrativos, los problemas de los pacientes, no hay nada más tremendo, si alguno de ustedes ha sido usuario, yo he ido como usuario de una EPS a hacer el recorrido para un recobro, para una pastillita, tiene que ir uno a todas partes con los documentos que les exige el ministerio, etc., lo peor es que esos recobros terminaron produciendo casos de corrupción, en El Ministerio de Salud, y en otros organismos privados, los recobros fueron fatales, yo creo que el sistema POS estaba funcionando muy bien, por lo menos en un 95-98%, el país, y el sistema se había acomodado a ese POS pero cuando viene el no POS, silencioso, creciendo hasta el 25% y además no pagado, porque ahí hay estacionados, yo creo que en esto deben ser casi 3 billones de pesos, que no se le pagan a los hospitales, y a los proveedores porque están allá, y están estacionados no porque el Gobierno no quiera pagarlos, vean como es de complejo esto, es porque hay físico miedo, los funcionarios del Ministerio de Salud tienen miedo de pagar los recobros, los recobros se satanizaron, ningún funcionario quiere terminar en la cárcel o terminar con sus cuentas congeladas por cuenta de una investigación, todo eso es el fruto de los recobros, entonces nosotros creemos que eso es uno de los problemas, pero,

honorables Representantes yo decía hace un momento y no me voy a demorar más, que había una profusión de normas, es increíble, Legis tenía unos libros, porque estaba tratando de hacer una codificación de las normas de salud, y eran tantos los reglamentos que salían semanalmente que Legis renunció a esa tarea, ya no existen los famosos libros de Legis. Hay demasiadas normas pero lo que está fallando es la regulación, esas normas no están regulando lo que debe regularse, por ejemplo, el tema del aseguramiento, el tema de los recursos parafiscales, pueden ser manejados, o los recursos son parafiscales y entonces no los puede tocar nadie, la EPS tiene que recibirlos y trasladarlos íntegramente a las IPS y estas tampoco lo pueden tocar, tienen que pasárselos a los médicos y yo no sé hasta donde llega esa parafiscalidad, sobre eso hay posiciones encontradas, en las altas cortes, entre El Concejo de Estado, La Corte Constitucional, en La Contraloría hace dos años, hoy tienen la contraria, en La Superintendencia de Salud ocurrió lo mismo, es eso claridad en las reglas de juego, eso es lo que debería regularse, no, había que sacar miles de decretos y resoluciones pero no se tocaba el meollo, el núcleo del problema que es el aseguramiento y regularse para cualquier cosa, para decir, no más aseguramiento, no más EPS, no importa, pero regularse, eso no está regulado, ahora, sobra decirlo y en esta comisión se ha dicho mil veces, yo conozco el tema de La Superintendencia de Salud, desde su comienzo, ha tenido como 5 o 6 grandes reformas, cada Gobierno dice ahora si la vamos a descentralizar, ahora si le vamos a inyectar los recursos, ahora la vamos a tecnificar, La Superintendencia de Salud sigue siendo raquítica, frente a miles y miles de vigilados, un sistema de esta magnitud y de esta complicación, ni siquiera complejidad, no puede funcionar sin controles, ahora, los sistemas de información que aquí se han mencionado, nosotros estamos en una situación muy precaria en materia de sistemas de información, yo creo que los hospitales, algunos, excelentes sistemas de información internos, las EPS también tienen sus sistemas de información, pero cuando uno tiene que combinar todo esto con las bases de datos, de afiliados, de compensación, etc., no hay sistema de información, será posible, honorables Representantes, manejar un sistema tan complicado como este sin información, y que se dice de los planes de contabilidad, los hospitales tienen uno, las clínicas particulares seguramente tienen otro, las EPS tienen otros, el FOSYGA tiene otro, cómo se empatan, cuando el doctor Giraldo dice que se deben 4 billones de pesos, y ELISA da otra cifra, y yo salgo y doy otra, quien tiene la razón, si cada uno tiene su propia contabilidad que no está homologada y que no empata. Eso es un desastre, eso es parte de la falla del sistema de información, la información financiera, así no se puede manejar nada, y eso no necesita una ley, además en eso ha gastado Colombia miles de millones de dólares, financiados por el BIT, por el Banco Mundial, por fundaciones y estamos en pañales en materia de información.

**El Presidente:** Doctor Arias, para redondear, dos minutos, y le damos la palabra al doctor Holger Díaz.

**Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente de ACEMI:** Bueno, voy a saltar a esto, ASEMI presentó una propuesta que las hicimos llegar, primero a ustedes, no sé si les habrá llegado, en donde hablamos de las soluciones y hablamos de solución en regulación de soluciones financieras de corto y largo plazo, de soluciones operativas, de soluciones en

el tema de la corrupción, y la desconfianza, pero nuestro primer punto en materia de soluciones se refiere al tema del modelo médico, es que hay una cosa que es el modelo de salud, otra el modelo de aseguramiento prestacional, que es lo de la ley 100 y otra cosa, el modelo médico, el modelo médico nunca lo tocó la ley 100 y yo tengo que decir que estaría de acuerdo con lo que aquí se ha dicho, con lo que ha dicho el doctor Giraldo, nosotros proponemos un modelo médico que vuelva a ser proactivo, que resuelva desde el primer nivel, que sea no curativo, sino preventivo, que atienda todo lo de la gestión de riesgo en salud, que no sea hospitalario, que no esté medicado, o medicalizado, el modelo médico de Colombia es un modelo equivocado, eso es más grave, honorables Representantes que los problemas de aseguramiento y financiamiento. Es un modelo médico que no satisface a la población, más aun, cuando uno ve cómo funcionan las EPS, las EPS funcionan fundamentalmente para una población de unos 3, 4 o 5 millones de colombianos de alto costo, hipertensos, diabéticos, etc., el resto de la población, sí, llega allá, pero a ese resto de la población que es el que está descontento no le está funcionando este modelo médico, entonces nuestra primera propuesta, como ASEMI es revisemos el modelo médico, y si es necesario hacer una norma para eso, pues se hace, vayamos a la medicina familiar, a la atención primaria de salud, y remato, porque no voy a entrar en las 28 propuestas, remato con el tema de la ley 1438, yo estaba por fuera cuando se aprobó esa ley, creo que tiene unos elementos muy buenos, y otras cosas malas, no todo es perfecto en esta ley, pero cuando uno ve la situación actual, y ve que hay cuarenta y pico de decretos, de artículos que no se han reglamentado y encuentran que allí está el tema de la atención primaria, y las redes y otras cosas, creo que la primera tarea que el país debe realizar, y se ha demorado un año en eso, es ver que es lo bueno de la ley, y vamos a encontrar muchas cosas buenas, y ponerlo en práctica, y me dicen que ya ustedes nombraron una comisión para hacer esa tarea con el Gobierno, maravilloso, yo no entiendo si ahí hay muchos de los reglamentos que arreglarían el problema, por qué no se ha arreglado, bien, yo con esto termino, señor Presidente, agradeciéndole a ustedes la gentileza de haber escuchado la voz de las EPS tan antipáticas. Muchas gracias.

**El Presidente:** Gracias doctor Jaime Arias, doctor Holger Díaz.

**H. Representante Holger Horacio Díaz:** Gracias Presidente. Yo tuve que abandonar la discusión, o la comisión, pero desde mi oficina estuve muy atento a la intervención de todas las personas que han participado en este debate, un debate que lo hemos hecho 5, o 6 veces por lo menos, y en la comisión, y ya un par de veces en la plenaria, y voy a buscar ser muy sucinto, pero como conclusiones importantes, yo creo que aquí todos tenemos la razón y es posible que al mismo tiempo todos estemos equivocados, si hay un sector sobre diagnosticado es el sector de la salud, escuché con mucha precisión la intervención del doctor Giraldo y él dice un porcentaje importante de cosas que son ciertas, cosas desde la óptica del prestador pero que son válidas absolutamente, igual la intervención de las EPS, tanto del régimen subsidiado como en el régimen contributivo, y la de mis compañeros. Volví a la comisión para contarles algo que de pronto no lo hemos dicho porque no conocemos las estadísticas, ayer tuve la posibilidad en Bucaramanga, en mi ciudad natal, de hacer una entrevista con una española que ejerce en Londres en una

escuela de medicina tropical de Londres y que están haciendo un estudio mundial sobre los factores o las enfermedades que se encadenan problemas cardiovasculares, y estaba el grupo de investigación de la FOSCAL, de La Universidad Autónoma de Bucaramanga y de la UIS, que es uno de los grupos de investigación más importantes del país, y el resultado de lo que ellos han revisado en Colombia para un estudio mundial, es que de los pacientes hipertensos el 54% está siendo tratado con medicamentos pero que solo el 18% de los pacientes hipertensos en Colombia están controlados, o sea el 82% de la población o no está diagnosticada o no está controlada, o sea, la posibilidad que tienen todos estos miles de pacientes en Colombia, hablamos de cifras de 9 millones pacientes diagnosticados en Colombia con hipertensión, la posibilidad de sufrir complicaciones inherentes a su patología, está todos los días presente, para no hablar de la diabetes y del resto de enfermedades. Aquí lo que hay que hacer, fue la conclusión tal vez, o una de las conclusiones del debate que hicimos a la ministra y a la superintendencia la semana anterior, es que hay que redefinir el modelo del aseguramiento, ya lo decía el doctor Arias, hay que repensar el modelo de la atención en salud, hay que categorizar en forma mucho más alta el papel del ministerio que hasta ahora ha sido casi que un espectador al igual que el resto de nosotros, y una toma de medición política por parte del Gobierno Nacional y es el salvamiento financiero del sistema. Todos le echamos la culpa al otro, hace un año tal vez hicimos el debate y aquí estuvo presente El Presidente de la Federación de Municipios y dijo que el no le debía un peso a nadie, estaba presente las EPS que dijeron que el problema no era de ellas, era que el Gobierno a través de los recobros y el FOSYGA no les pagaba, y los prestadores le echaron la culpa a las EPS. Ánimo de lucro, y lo decía el doctor Arias, ha existido toda la vida, y seguirá existiendo, pero cada uno defiende un interés diferente, y mientras no tengamos una posición clara de cuál es el papel que debemos cumplir, sin echarle la culpa al otro y en qué momento tenemos que sentarnos en la misma mesa para tomar decisiones en conjunto, esto definitivamente no tendrá solución, y no se soluciona con nuevas leyes, la ley 1438 que nosotros participamos activamente es posible que tenga algunos artículos que en definitiva no van a tener algún impacto positivo sobre el pueblo Colombiano, pero en su gran mayoría, lo discutimos, lo pensamos, lo evaluamos, en conjunto con la participación de todos, así hoy salgan algunos a rasgarse las vestiduras y a decir que ellos no estuvieron de acuerdo, es una ley que trae cosas fundamentales, pero mire llevamos 18 meses sacando un decreto de atención primaria en salud, hay un borrador que nos lo han mostrado pero que formalmente no lo tenemos, las redes de prestación de servicios, y es uno de los temas que tal vez Martha trabajó mucho más en ese proyecto de ley, no, absolutamente nada y acuérdense que no hay decisiones políticas ni las va a haber, para que efectivamente tal y como se pensó aquí en El Congreso eso se pueda hacer en la realidad. Necesitamos es decisiones del Gobierno en una toma importante de estas pero adicionalmente de todos nosotros, de los legisladores, de los prestadores, de los aseguradores para en un solo equipo sacarlos adelante. hay que eliminar esos recobros, no pueden ser recobros, deben ser cobros por prestación de servicios, a través de un FOSYGA o de cualquier otra entidad, o del Presupuesto General de la Nación, atención, porque ahí le involucramos la plata de la salud y le estamos involucrando la plata de la salud además en cosas que no son de salud, porque hoy están incluidos los pasajes, la comida, el hospedaje de los pacientes, de los familiares de los pacientes, cuando eso no es del tema de salud,

nosotros tenemos, Presidente, una responsabilidad muy grande y es buscar que en muy corto plazo, o se tomen decisiones políticas por parte del Gobierno Nacional, y que todos los actores del sistema nos sentemos y tomemos una decisión de sacar adelante el mismo, o hay que pensar que esto no tiene solución y esa no puede ser, y hacer una nueva ley, pero yo pienso que con nuevas leyes, nosotros presentamos un proyecto de ley estatutaria que lo radicamos aquí en la comisión séptima que tiene unos argumentos fundamentales pero una ley estatutaria para garantizar el derecho a la salud en Colombia con un capítulo que habla de la jurisdiccionalidad de la salud porque los jueces que fallan en salud son todos en el país y algunos tienen concepciones claras de lo que significa el sistema y de lo que significa el POS y el no POS, pero una gran mayoría no. Y por eso han aparecido todas estas triquiñuelas en el sistema, entonces el objetivo fundamental es que, Presidente, queremos un compás de espera, que trabajemos en esa comisión inter disciplinaria, que ojalá en 2 o 3 meses tengamos unas decisiones definidas, si el Gobierno va o no a asumir la responsabilidad social y política que tiene, o repensemos en otra ley, pero la verdad es que desde mi concepción no es con leyes que solucionamos el problema a la salud en Colombia.

**El Presidente:** Muchas gracias doctor Holger. Agradezco mucho la presencia de la doctora Elisa, al doctor Jaime Arias, doctor Julio Alberto, el doctor Juan Carlos y a todos ustedes y agotado el orden del día levantamos la sesión, muy amables.

**El Secretario:** Siendo la 1:50 se levanta la sesión. No sin antes por secretaria decirles a los honorables Representantes que ya van dos funcionarios que han sido trasladados y no remplazados en esta comisión y por lo tanto tenemos retraso en las transcripciones.

**RAFAEL ROMERO PIÑEROS**  
Presidente

**ARMANDO A. ZABARAIN D'ARCE**  
Vicepresidente

**RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR**  
Secretario General Comisión Séptima

La grabación magnetofónica y las transcripciones correspondientes reposan en la Secretaría de la Comisión Séptima. Transcribió: María Eugenia Hoyos Cárdenas. Editó Yany