



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - Nº 459

Bogotá, D. C., viernes, 7 de junio de 2019

EDICIÓN DE 36 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# SENADO DE LA REPÚBLICA

## ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN CUARTA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE

SENADO DE LA REPÚBLICA

**ACTA NÚMERO 007 DE 2019**

(abril 9)

Legislatura 2018-2022

Bogotá, D. C., siendo las 11:25 a. m., del día miércoles 9 de abril de dos mil diecinueve (2019), se reunieron en el Salón de Sesiones de la Comisión Cuarta del Honorable Senado de la República, los miembros de la misma, bajo la Presidencia del honorable Senador Miguel Amín Escaf.

**Señor Presidente doctor Nicolás Pérez Vásquez:**

Señor Secretario sírvase llamar a lista.

**Contestaron a lista los siguientes honorables Senadores:**

Amín Escaf Miguel  
Arias Castillo Wilson Néber  
Avella Esquivel Aída Yolanda  
Castro Córdoba Juan Luis  
Meisel Vergara Carlos Manuel  
Rodríguez González Jhon Milton

**Se hicieron presentes durante la sesión los siguientes honorables Senadores:**

Acuña Díaz Laureano Augusto  
Castaño Pérez Mario Alberto  
Char Chaljub Arturo  
Jiménez López Carlos Abraham  
Lemos Uribe Juan Felipe

Merheg Marún Juan Samy

Pérez Vásquez Nicolás

**Presentó excusa la honorable Senadora:**

Myriam Paredes Aguirre

Señor Presidente han contestado 6 (seis) honorables Senadores hay quórum para deliberar.

**Señor Presidente, doctor Miguel Amín Escaf:**

Bienvenido señor Ministro de Salud, Viceministra de Salud también, vamos a dar inicio a la citación hoy presentada por Luis Castro, quiero decir que estamos en directo para que los amigos seamos lo más breve posible y podamos escuchar las respuestas, señor Secretario sírvase llamar a lista.

**Señor Secretario doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Sí señor Presidente, muy buenos días honorables Senadores de la Comisión Cuarta.

**Señor Presidente, doctor Miguel Amín Escaf:**

Continúe con el Orden del día, señor Secretario, cuando tengamos quórum decisorio aprobaremos.

**Señor Secretario, doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Sí señor Presidente.

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER  
PÚBLICO

ORDEN DEL DÍA

Sesión de Comisión martes 9 de abril de 2019, siendo las 11:25 de la mañana.

I

**Llamado a lista**

## II

**Citación, cítese al** señor Ministro de Salud y Protección Social doctor *Juan Pablo Uribe Restrepo*, a la señora Ministra de Trabajo doctora *Alicia Victoria Arango Olmos*, a la señora Directora del Departamento Nacional de Planeación, doctora *Gloria Amparo Alonso Masmela* e invítese al señor Superintendente Nacional de Salud, doctor *Fabio Aristizábal Ángel*, Alto Consejero Presidencial para las regiones doctora *Karen Abudinen Abuchaibe*, al señor Procurador General de la Nación doctor *Fernando Carrillo Flórez*, al Defensor del Pueblo doctor *Carlos Alfonso Negret Mosquera*, con fundamento en la proposición número 14 presentada por el honorable Senador *Juan Luis Castro Córdoba* y aditiva número 15 presentada por los honorables Senadores *Jhon Milton Rodríguez González*, *Aída Yolanda Avella Esquivel*, *Wilson Néber Arias Castillo*, *Mario Alberto Castaño Pérez*, y aprobada por los miembros de esta Célula Legislativa en sesión ordinaria realizada el pasado 27 de marzo de 2019; el objeto de la presente es realizar un debate de control político para que se informe a esta Comisión el Estado del Sistema de Salud, la atención primaria y la implementación de estrategias de salud pública en el marco del Plan de Desarrollo del Gobierno del Presidente Iván Duque Márquez, así como también resolver inquietudes alrededor del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022; señor Presidente, hay cuestionarios para el Ministro de Salud y Protección Social, para el Departamento Nacional de Planeación, que están en el Orden del Día repartido en las curules de los honorables Senadores.

## III

**Discusión y votación en primer debate del Proyecto de ley 145 de 2018, por medio de la cual se incentiva la transparencia y la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afecta en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación y del orden territorial, el ponente el Senador Carlos Meisel Vergara, publicado en la Gaceta del Congreso número 1090 de 2018.**

## IV

### Lo que propongan los honorables Senadores

Está leído el Orden del Día, señor Presidente, le informo que se ha conformado el quórum para decidir, puede poner a consideración el Orden del Día.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias, consideración del Orden del día, anuncio que va a cerrarse, queda cerrado, ¿lo aprueba la Comisión?

**Señor Secretario, doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Lo aprueba señor Presidente.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Continúe señor Secretario.

**Señor Secretario doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Sí señor Presidente.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

¿Qué funcionarios se encuentran presentes?

**Señor Secretario, doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Señor Presidente; de la Defensoría del Pueblo radican excusa que dice lo siguiente: En nombre del señor Defensor del Pueblo, doctor Carlos Alfonso Negret Mosquera, agradezco la invitación para asistir al debate de control político en la Comisión Cuarta del Senado de la República, al señor Ministro de Salud y Protección Social doctor Juan Pablo Uribe Restrepo y a la señora Directora de Planeación, doctora Gloria Alonso Masmela, relacionado con el estado del sistema de salud, la atención primaria, la implementación de estrategias de salud pública en el marco del Plan de Desarrollo 2018-2022, que se realizará el próximo 9 de abril de 2019; el señor Defensor del Pueblo el día antes mencionado se encontrará cumpliendo una misión humanitaria, fuera de la ciudad, motivo por el cual le ofrezco excusas por la no asistencia al debate mencionado. Firma el Secretario Privado de la Defensoría.

La Secretaría pregunta si ¿hay algún delegado de la Defensoría del Pueblo en el recinto? No hay nadie señor Presidente.

De la Superintendencia Nacional de Salud nos dicen, de manera atenta me permito informar que debido a compromisos previamente agendados el señor Superintendente Nacional de Salud se excusa de asistir al debate de control político, para el desarrollo de las proposiciones 14 y aditiva 15, agradecidos muy especialmente por la invitación, firma la Secretaria Ejecutiva, Marlene Otálora Falla.

¿Hay algún delegado en el recinto de la Superintendencia Nacional de Salud?, ninguno señor Presidente.

De la Procuraduría nos informan: respetado doctor Rocha, siguiendo instrucciones impartidas por el señor Procurador General de la Nación me permito informarle que él no podrá asistir al debate de control político relacionado con la proposición 14, por encontrarse cumpliendo compromisos previamente adquiridos como jefe del Ministerio Público, no obstante y dada la importancia del tema asistirán en calidad de observadora la doctora María Isabel Ángel Echeverry, funcionaria adscrita a la Procuraduría delegada para la Salud Protección Social y el Trabajo Decente, cordialmente, Secretaria Privada Mónica María Neisa Castiblanco.

¿La doctora María Isabel Ángel Echeverry, se encuentra en el recinto? Está presente en el recinto señor Presidente.

Del Ministerio de Hacienda nos informan: respetado Secretario reciban un cordial saludo, ruego le manifieste a los honorables miembros de la Comisión Cuarta de Senado de la República, la importancia que tienen las citaciones formuladas y agradezco de antemano las invitaciones que hacen a esta cartera; sin embargo pido excusas al señor Ministro de Hacienda y Crédito Público Alberto Carrasquilla Barrera, por no poder asistir a la sesión que se llevará a cabo el día martes 9 de abril a las 11 de la mañana referido al asunto; lo anterior debido a que el señor Ministro se encuentra reunido con los coordinadores y ponentes del Proyecto de ley número 311 de 2019 *Cámara*, 227 de 2019 *Senado*, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad; no obstante y dada la importancia del tema a tratar asistirá en representación, la Directora General de Regulación Económica de Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público doctora María Virginia Jordán Quintero; ¿la doctora Jordán Quintero se encuentra en el recito? Informan funcionarios del Ministerio que la doctora viene subiendo.

Señor Presidente, me permito informarle que el señor Ministro de Salud doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, se encuentra en el recinto igualmente la señora Ministra de Trabajo, bienvenida doctora Alicia Victoria Arango.

De Planeación Nacional no nos manifiestan si delegan, no nos mandan excusa, nada, no tenemos información. ¿Hay alguien del Departamento Nacional de Planeación en el recinto? No hay nadie, ese es el informe señor Presidente.

**Señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias señor Secretario, damos la bienvenida al señor Ministro y a la señora Viceministra de Salud, a la doctora también Ministra de Trabajo Alicia Arango, procederemos dándole el uso de la palabra para iniciar el debate al doctor Juan Luis Castro, inicia y después tendrá el uso de la palabra el Ministro.

**Honorable Senador doctor, Juan Luis Castro Córdoba:**

Bueno, primero que todo quería expresar mucha gratitud a los compañeros por estar aquí conmigo hoy, compartiendo este espacio, muchas gracias al Ministro y a la Ministra por estar aquí con nosotros y a todos los otros funcionarios que de una u otra manera pues aceptaron la invitación a este debate de control político, porque ya en este debate, porque yo, por lo que he estado estudiando, por lo que he estado analizando, por las reuniones que he tenido con diferentes actores del sector específicamente del sector de salud, señor Presidente, el tema de salud está en una situación bastante crítica, bastante delicado y muchas veces este tipo de espacios hay que aprovecharlos para llamar la atención sobre lo que está sucediendo y

de lo que podemos evitar, porque estas son crisis que se ven venir, pero que de una u otra manera si nosotros actuamos con mesura, con rapidez, si se logran hacer esfuerzos mancomunados pues de una u otra manera, le podemos evitar al país un dolor de cabeza más grande, hay una serie de artículos que hay en el Plan Nacional de Desarrollo y sobre eso se va a concentrar mi presentación de hoy y sobre los cuales yo quiero discutir, yo creo que quisiera empezar por contarles que desde el principio mi postura ha sido que hay unos artículos que son muy positivos sobre los cuales yo quiero hablarles, básicamente hay aproximadamente 5 artículos que nosotros desde el principio hemos venido apoyando y que son: el 121, el 124, el 125, pero les voy a mencionar dos, solo pues como para mencionar artículos que nosotros desde el principio creemos y hemos dicho que son muy buenos, por ejemplo el artículo 130 que habla de la eficiencia del gasto, en donde se incorporan valores máximos por servicios y responsabilidades del ADRES y esto qué quiere decir en plata blanca, aprovecho para decírselo a todos los colombianos que nos están viendo, y les envió un saludo ahora, y es que el gasto que se vaya a hacer en salud se va a hacer de acuerdo al valor que tenga en salud, de otra manera se va a priorizar, se va a gastar la plata en aquellas terapias, de uno u otra manera tengan mucho valor agregado para la salud de los colombianos.

Otro artículo como por ejemplo la distribución de los recursos del componente de salud pública y subsidios a la oferta, el 125, también es muy bueno, que unifica los criterios de salud pública y subsidio a la oferta, esto pues va a ayudar a manejar un tema que para mí es el más álgido con el cual voy a terminar la presentación de hoy y es el tema de promoción y prevención y el tema de salud pública en el país, que si no se le pone cuidado vamos a terminar pues con una crisis en los próximos años y en fin, el 124 también es muy bueno, la distribución de recursos de aseguramiento en salud al focalizar los recursos en ADRES lo que le permite centralizar la distribución de recursos centralizar la acción, desde el principio hemos defendido estos artículos creemos que son buenos, creemos que van a ayudar a que el sistema de una u otra manera mejore su funcionamiento, tengo que también reconocer, que se han incorporado cambios importantes a los artículos después de las discusiones, y miren, nosotros pues los que estamos en la oposición, yo lo vengo diciendo no es de oponer por oponerse, le quiero dar las gracias por esas discusión tan fluida que hemos tenido, la reunión que tuvimos hace un mes en su despacho pues considero yo que dio frutos muy positivos que también hay que contárselos al país y decirle, hombre a veces de oponerse se sacan cosas buenas para el país y salen cosas que de una u otra manera son positivas que le van a traer mejorías al sistema de salud y les voy a contar cuáles son esos artículos, el artículo 54, donde se le reconoce la rentabilidad social al sistema

de seguridad social en salud, donde el beneficio que se tiene por ejemplo por tener hospitales en el Chocó, en La Guajira, en el Vaupés, en el Amazonas, que si bien se podría decir que el costo que se paga por la UPC no alcanza para cubrir la UPC, es la Unidad de Pago por Capitación y es lo que se paga por cada paciente, a las EPS que atienden pacientes en el país, qué es lo importante de esto, que esto le va a permitir al país conservar centros de salud abiertos de acuerdo a su rentabilidad social en ciertas zonas del país, así no sean económicamente rentables, porque hay servicios de salud que no son rentables que de una u otra manera, no se le mira desde el punto de vista económico, porque la salud pues no es un bien que se pueda comprar o vender, sino que se mira desde el punto de la rentabilidad social, la calidad de vida que le trae a los colombianos y la percepción, la mejor es la percepción de la calidad de vida de los colombianos.

Entonces es un artículo que para nosotros era muy importante porque de fondo le está diciendo al país, ese concepto tan importante que tiene la salud y es que la salud no se puede comprar ni vender, o sea si a uno le dicen en una tienda, si uno va a una tienda y dice que va a comprar 10 mil pesos en salud, pues no lo puede hacer porque es que la salud no es un bien, el artículo 122, las competencias de los departamentos en salud, al eliminar la responsabilidad de los departamentos para la atención a los migrantes y básicamente porque en la versión anterior esta responsabilidad recaía sobre los entes territoriales y ahora sigue siendo responsabilidad de la nación, esto es supremamente importante porque pues los departamentos no tenían cómo responder de una u otra manera por ese flujo que hemos venido teniendo por la crisis que se viene de los países vecinos, en el país vecino, y que pues nos ha traído una carga presupuestal muy, muy difícil de sostener.

El artículo 123, destinación y distribución de los recursos del sistema general de participación para salud, al garantizar un 10% para salud pública, eso lo hablamos, Ministro, lo discutimos mucho y lo corregimos, hay que validarlo, uno tiene que reconocer las cosas cuando se hacen, la inversión más grande que tiene que hacer Colombia y lo va a ir diciendo a través de esta intervención mía es en salud pública, la inversión más grande que tiene que hacer el país a futuro tiene que ser en salud pública, pago de servicios y tecnologías de usuarios no afiliados, al materializar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, como parte del derecho a la salud que antes se iba a cobrar por esto, ya no se cobra, también lo discutimos, se corrigió, este es un artículo benéfico y que pues va encaminado en lo mismo, hemos venido diciendo y la historia clínica única, esto es supremamente importante, una de las recomendaciones que hizo la OCDE a Colombia, que todavía nos falta una parte, primero tener historias clínicas únicas y

segundo en que los software que hay en el país que comparten la información en salud, que puedan compartirla, que el Ministerio pueda meterse a todas las EPS, mirar la información que ellos tienen de todos los pacientes y mirar de qué manera se pueden establecer políticas de salud pública y esa es una de las limitantes, si el Ministerio en este momento quiere acceder a la información tiene que meterse y hablar con cuarenta y pico de EPS distintas y mirar cómo hacer para compartir esta información y eso es muy complicado, entonces estos son artículos que salieron del consenso, son artículos positivos, son artículos que definitivamente desde mi perspectiva y de la perspectiva del equipo investigativo que dedicamos meses al estudio de este tema van a cambiar de manera positiva cómo se ve el Sistema General de Seguridad Social en salud en el país.

Sin embargo aún existen inconformidades con lo planteado por el gobierno nacional y aquí yo tengo tres críticas que las tengo que hacer, porque pues de una u otra manera es mi responsabilidad y les voy a contar algo, yo este fin de semana esta semana que pasó estuve invitado por la Universidad de Harvard, por la Escuela de Salud Global Pública, por la Asociación de Estudiantes, para participar en unas discusiones y presentar y discutir acerca del sistema de salud en el mundo y de Colombia en particular, el domingo, y hay una limitante que tienen los académicos cuando entran en este espacio, y es que uno a veces no sabe cómo generar indignación o cómo generar atención sobre temas delicados sin insultar o sí de pronto generar ampolla en otros sectores, yo por lo menos no tengo esa cualidad.

Entonces voy a hacer un gran esfuerzo por tratar de que la gente entienda lo delicado de estos temas que vamos a tratar, por qué digo que no es un plan ambicioso en salud pública, por ejemplo, en las bases del Plan se hablaba de los impuestos saludables, los impuestos saludables para los que nos están viendo y no lo conocen, es el impuesto por ejemplo al azúcar, que entre otras, la Corte Suprema, falló esta semana a favor de Red Papaz que habían sacado un comercial, tratando de generar conciencia acerca de las comidas que tienen alto contenido en azúcar, por qué es importante este tema, porque es importante que los colombianos entiendan el tema del exceso de consumo en azúcar, porque la obesidad es una pandemia, es un problema de salud pública, la gente que tiene sobrepeso, se enferma más rápido, se convierte, tiene muchos más años de enfermedad que la gente que no tiene sobrepeso y está expuesta a una cantidad de enfermedades que no las tendrían si no tuvieran sobrepeso, estamos hablando de diabetes, de enfermedad renal, de cáncer, de alzheimer, en fin y que en últimas esto hace que el sistema de salud tenga que asumir esas cargas por un tiempo mucho más largo, si un apersona tiene sobrepeso es más probable que entre la cuarta y la quinta década desarrolle

diabetes y pues la expectativa de vida en este país es alrededor de los 65-70 años, o sea que son 20 años de enfermedad, son 20 años que el sistema de seguridad social en salud tiene que asumir esos costos, si una persona no tiene sobrepeso, eso se puede disminuir a la mitad y eso tiene implicaciones muy fuertes para el país.

Entonces estamos hablando de un problema que hay que resolver, esos impuestos que están en las bases del Plan pero que no salen en el articulado, que de una u otra manera nos expresan, pues faltan, segundo; el tema de la lactancia materna, nosotros tenemos un problema señor Ministro, usted lo expresó hace algunas semanas, creo si no me equivoco, hay alrededor de medio millón de niños que están en desnutrición o riesgo de desnutrición en el país, la lactancia materna y el período de crecimiento más importante de los niños es de los 0 a los 3 años, o sea lo que no se crece de los 0 a los 3 años, lo que no se desarrolla del cerebro de los 0 a los 3 años, la alimentación que no se hace en esos años, después no se puede revertir, que no quepa la menor duda, o sea lo que no se hizo de los 0 a los 3 años ya después no se puede corregir, es muy complicado, las falencias que quedan y vuelvo y lo menciono aquí como lo mencioné una vez, la más grave es la que se da en el coeficiente intelectual de los niños, un niño desnutrido tiene menos inteligencia que un niño que come bien y eso pues implica que esos niños van a ser muy limitados para poder ingresar a la fuerza laboral del país en trabajos, pues que sean técnicos o que impliquen estudio superiores, entonces eso tiene que ver inclusive con el desarrollo a futuro de país, de las futuras generaciones, el tema de lactancia materna se menciona en las bases del Plan, pero en el articulado no aparece un plan detallado, pero sí aparece una meta de aumentar los niveles de lactancia materna, pero no hay metas, no hay objetivos claros, o sea no se da, está el tema de las tiendas escolares, de proteger las escuelas de alimentos que son nocivos para la salud, que tampoco aparecen en el articulado, el tema del etiquetado frontal, en este momento, varios países ya lo han hecho, no varios la mayoría de los países, de que la gente sepa lo que se está tomando, lo que se está comiendo cuando compra cosas en la calle.

Hace poco salió un estudio de educar consumidores, donde se hizo un análisis muy detallado de varias bebidas en el país, y lo que dice el etiquetado no coincidió en gran parte con lo que se encontró en el estudio, qué es lo grave de esto, que si a usted le dicen que por ejemplo, una bebida tiene 100 gramos de azúcar, pero como encontraron en este estudio tiene 200 pues usted le están vendiendo algo que no, y se está tomando algo que no se debió haber tomado o que de pronto no se hubiera tomado si supiera qué decía ahí, entonces son temas que tienen que ver por ejemplo con salud pública.

El tema de salud mental, felicito la iniciativa, el lanzamiento de la política de salud mental que

pues no se había hecho en este país, pero sin embargo estos son temas que tienen que volverse estatutarios, tienen que volverse ley que no sean temas de gobierno y el tema de calidad que tienen que ver mucho con las dificultades que está teniendo el sistema y que de una u otra manera si no las afrontamos pues no va a cambiar.

La segunda observación es que en este Plan definitivamente, Aída me lo mencionaba ahora, no quedaron las enfermeras y los trabajadores de la salud; hace poco presentamos un Proyecto de ley para defender los derechos de los rurales, aquí hay por lo menos del 20 a 50% de acuerdo a las encuestas que hay de los rurales, no les pagan los salarios cuando se van a rural, los muchachos no se quieren ir a zonas de difícil acceso porque se van para esta zonas y no les pagan, se les roban la plata, literalmente, de hecho ahora que estuve fuera del país me encontré con una muchacha que se me acercó y me contó el drama que vivió en San Jerónimo, Antioquia, trabajó allá y se le robaron 8 millones de pesos, hace como 5 o 6 años, nunca le pagaron la plata, y el señor que era director, Nicolás, le dijo, no demande que es que hay un seguro y con eso recupera la plata, pero la demanda le costaba lo mismo que la plata que le iban a pagar, entonces las horas de disponibilidad de los residentes, de los rurales, de los médicos, eso es excesiva, no hay el respeto de las horas laborales, Ministra, es demasiado lo que uno ve, lo que la gente relata, lo que está denunciado, y no hay nadie que defienda el ejercicio de estas personas de manera efectiva.

Entonces los trabajadores de la salud, y aquí hay un Proyecto de ley, un convenio de la OIT que se firmó desde 1973 por varios países que ha estado en la Plenaria del Senado, que habla precisamente de los derechos laborales de las enfermeras, aquí hay un problema grave con las enfermeras, las enfermeras del país se están yendo y se van porque las posibilidades laborales en el exterior son mucho más lucrativas, las condiciones de trabajo son mucho mejores, hay déficit en varios sectores, precisamente de estas enfermeras, por eso, porque se van del país, las condiciones no les permiten trabajar bien, y el tercer punto es que aún existen unos artículos, existen unos micos y fórmulas perversas en el articulado, que los vamos a revisar aquí, el artículo 53, mire, yo creo que todos estamos aquí muy conscientes de lo que pasó con este señor de Buenaventura, de la DIAN, con el apellido Ambuila, que resultó pues teniendo una hija con unas posesiones de carros y unas cosas multimillonarias y este artículo básicamente lo que dice, estaba bien como estaba en el inicial, pero en este le cambiaron las palabras, entonces inicialmente decían haber sido sancionado disciplinario fiscalmente o condenado por delitos en materia penal por temas relacionados con el manejo de recursos públicos o privados o los relacionados con el sistema de salud, y lo cambiaron, haber sido condenados por

delitos relacionados con el manejo de recursos públicos, pero abre la posibilidad, según el análisis del equipo legal cuando miran todo el artículo de que personas que hayan sido sancionadas puedan comprar EPS, entonces eso es para que lo miremos en detalle, eso no puede ocurrir, vamos a tener otra vez un Palacino comprando EPS, vamos a tener un señor Ambuila con la posibilidad de que compre EPS, entonces eso es para que nosotros no podamos permitir que personas que tengan estas falencias, Samy, puedan acceder a comprar EPS, eso no puede ocurrir, específicamente con los niveles de corrupción que hemos visto en el sector Salud, con las dificultades que tenemos en el país, con el tema de corrupción, eso no puede ocurrir, este artículo hay que dejarlo como estaba inicialmente, nosotros no podemos permitir abrir la puerta a los corruptos, los que se roban la plata, los que asesinan personas robándose la plata de la salud, tengan la posibilidad de acceder a estas cosas.

El artículo 113, bueno, es un artículo que voy a mencionar de manera muy breve y es el pago de incapacidades de origen común superior a 60-80 días y es un artículo donde se reglamentan las incapacidades de larga duración que no garantizan la incorporación laboral de quienes cuentan con una incapacidad parcial, ahí hay un vacío legal que hay que mirarlo, creo que deja un espacio, pero este es un artículo que es para mirarlo y tratar de mejorarlo, porque para nuestra consideración, todavía hay espacios para mejorar y que las cosas queden mucho más concretas.

El artículo 129, este es el que más me interesa a mí, señor Ministro, porque fue uno de los que defendimos inicialmente, teníamos 6 y pasamos a 5 porque gran parte de los problemas de corrupción que tiene Colombia ha sido por la intermediación en los pagos a las IPS, que se ven pues casi que chantajeadas por muchos intermediarios que hay en el sistema, que dicen que les van a ayudar a que les gestionen el pago de su dinero, entonces qué sucede, este artículo para nosotros era innovador, lo sigue siendo, en parte porque básicamente qué es lo que dice, que el ADRES que es lo que era anteriormente el Fosyga, para los que no entienden qué es el ADRES, que era el Fondo de Seguridad y Garantía y era el que recogía la plata de salud y la direccionaba a los diferentes sectores, ahora se llama ADRES, va a poder pagar directamente a las clínicas; las clínicas no van a tener que estar sometidas a que una EPS de pronto o lo que se ha denunciado y por lo que se han encarcelado personas, intermedien personas cobrándoles comisiones para que les paguen sus dineros, pero entonces qué pasó aquí que tiene unas implicaciones nefastas, ese podrá no puede estar ahí, ese podrá hay que dejarlo como estaba, ese podrá implica que vamos a ver si, sí o no, y en ese vamos a ver si, sí o no es donde ocurren los actos de corrupción porque entonces ahí ya entra la voluntad de alguien que va a decidir si se va

a poder pagar, o no se va a poder pagar, pues el artículo estaba muy bien como estaba antes, esa palabrita podrá no cabe, no cabe señor Ministro, porque básicamente lo que estamos es abriendo la puerta a que esa posibilidad de que a las clínicas en Colombia les paguen su plata directamente, se les quite la posibilidad y les voy a decir algo, a mi oficina llegaron cartas de las asociaciones de clínicas y hospitales, pidiéndonos de que defendiéramos este artículo que pasó y tengo que decirlo que en la reunión que tuvimos con el Ministro, era uno de los artículos que ellos están muy orgullosos de presentar, pero con ese cambio en esa palabra eso no, pues cambia totalmente el objeto del artículo a mi manera de ver.

El artículo 132, qué es lo que pasa con este artículo, miren, yo revisé la literatura para mirar cuáles son los retos que tiene el sistema de seguridad social en salud a futuro, porque las proyecciones dicen que el sistema de seguridad social en salud va a aumentar, Nicolás, un 2% del PIB el gasto o sea va a aumentar y de qué depende este gasto, ese gasto depende de las nuevas tecnologías y de los cambios demográficos que estamos teniendo en Colombia, nosotros estamos en la segunda ola de cambio demográfico y qué implica eso, que nuestra tasa de natalidad ya disminuyó, ya no tenemos tasas de natalidad de países en desarrollo, de países emergentes, sino que tenemos tasas de natalidad de países muchos más desarrollados y la población está envejeciendo, entonces eso tiene unas implicaciones a largo plazo, qué es lo que implica esto, que aquí hay muchos estudios, hay un estudio de la universidad de Oxford de la políticas de economías públicas, que se concentra en Colombia y de los cambios que tiene que hacer Colombia y los países de la OCDE, específicamente hay otro estudio de Taguara que es de la Comisión Económica Europea, hay otro estudio de Fedesarrollo, donde miran precisamente el tema de la sostenibilidad del sistema, desde el punto de vista económico, qué tiene este sistema que no tiene ningún otro sistema en el mundo, la cobertura que es universal un gasto de bolsillo que es el más bajo en América Latina y uno de los más bajos del mundo. Eso es un lujo. Nosotros puede que no tengamos muchas cosas en Colombia, pero lo que tiene que ver con salud tenemos cosas que son de mostrar y como proteger el gasto de bolsillo y como proteger la cobertura sin que se reviente el sistema, que es lo que está sucediendo ahora desde el punto de vista financiero.

Entonces hace tres recomendaciones: La primera es que hay que mejorar la eficiencia y hay que mejorar el recaudo y en esa mejora del recaudo ellos hablan precisamente, que yo creo que esto es un intento de hacer eso, que dicen ellos, que en Colombia hay un problema con el Sisbén, hay personas que están en el Sisbén que no deberían estar y hay personas, hay rentistas de capital que declaran, hacen su declaración basándose en

ingresos menores de la plata que realmente ganan. Entonces ellos sugieren, la unidad de gestiones y pensiones del país hizo un estudio dijo que si esto se corrigiera, si en el Sisbén estuvieran solamente las personas que deben estar y sin los rentistas de capital la DIAN pues mejora la manera de detectar estas discrepancias, se pueden recoger 2.7 billones de pesos.

¿Cuál es el problema con este artículo? Es que este artículo está diciendo que a las personas que ganen menos del mínimo se les va a hacer un recaudo, pero esto y yo lo he hablado con gente, no garantiza que se vaya hacer el recaudo, porque si esta gente no paga, si no ganan el mínimo, probablemente no vaya a poder haber recaudo, esa plata no se va a poder recoger. Entonces vamos a quedar en las mismas, vamos a quedar con las expectativas de que vamos a recoger una plata que no se va a recoger para el sistema y vamos a quedar todavía con el mismo hueco. Yo no estoy diciendo, por ejemplo otra recomendación que hace el señor Ministro y que esto políticamente es costoso y es muy puntual, dice que la gente que esté en el No POS, que utilice el No POS y que pueda pagar debería pagar en Colombia el No POS, lo debería pagar, porque es que los costos con los que estamos asumiendo, los que está asumiendo el sistema son demasiado altos, y por eso estamos en la situación que estamos viéndonos abocados cada 4 o 5 años a volver a sacar el sistema de la quiebra, pues a volver a tener que inyectarle recursos.

Entonces miren estas son discusiones de fondo señor Ministro yo por eso les hice la invitación al Ministro de Hacienda, porque es fundamental que él esté aquí, y a la señora de Planeación ¿por qué ponen a otros sectores del país a asumir unas cargas y unas responsabilidades que pues en realidad no las deben asumir? Y ahorita termino con esto. Bueno, hay este artículo el 133; ¿qué pasa con el artículo 133? Aquí se incorpora como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud a los operadores logísticos de tecnologías y gestores farmacéuticos.

¿Cuál es mi problema con esto? Yo les acabo de contar que el gran gasto que va a tener el país. Acuérdesse de la pelea que hubo para la ley Estatutaria pasara. La gran ventaja de la ley Estatutaria era que Colombia tenía los medicamentos más costosos de América Latina. Con el paso de la Ley Estatutaria los medicamentos quedaron en promedio de América Latina y se ha ahorrado mucho dinero, y la política de este Gobierno del Ministerio de Planeación, debe seguir conservando esos medicamentos en esos precios exactos. ¿Qué pasa con tener operadores logísticos de tecnología y gestores farmacéuticos en este consejo? Que esta gente viene del sector privado y que la incidencia que ellos pueden tener en la elaboración de políticas públicas, pues puede corromper el sistema.

Cuando ustedes miran quiénes conforman este sistema, son todas entidades públicas. A mí me

parece que esto pues éticamente, por las inclusive y por el dinero que manejan estas multinacionales no deben estar ahí en ese consejo, pues yo pienso que ellos no deben estar allí. El artículo 141; miren la primera recomendación que hacen aumentar el recaudo y la eficiencia, aumentar el recaudo y esto lo recomienda Así Vamos en Salud, como se aumenta el recaudo con impuestos saludables, el impuesto al cigarrillo por ejemplo, el impuesto al azúcar, el impuesto al plástico que lo habíamos propuesto. Y estos impuestos que eran unos impuestos que estaban allí y los quitaron los eliminaron el artículo 141, que le generaba un recaudo al sistema, entonces son cosas que uno...

Y mire vea vuelvo y digo son cosas que de una u otra manera pues le van a generar más carga al sistema. En esto nosotros tenemos que ser serios, los gastos van a seguir aumentando y vuelvo y lo repito como lo sigo diciendo, cada derecho que tiene un colombiano genera un impuesto, nosotros no podemos estar diciéndole a la gente que tiene derecho a ciertos accesos como le gusta al Senador Lemos decir, coger la vaquita lechera y sacarle de todo, pero dónde están los impuestos para soportar esos derechos. Entonces este artículo lo eliminaron que no sabría yo por qué, hombre si no pasó este.

Yo lo hablé con el Ministerio de Hacienda. Les propuse en varias ocasiones que tenían que aumentar el recaudo; para eso estaban los impuestos saludables. Con eso hubiéramos logrado subsanar algunos de los problemas que van a tener a futuro en el sistema y que es lo que yo le digo a la gente, mire no deje de tomar su libra de azúcar diaria, tómese la, pero lo vamos a tasar, para ahorrar para que cuando le dé diabetes, el sistema tenga cómo tratarlo, o cuando le dé cáncer esa platica se va a utilizar para tratarlo. Eso es lo mínimo. Fúmesse sus cigarrillos, fúmesse todos los cigarrillos que quiera, pero cuando le dé cáncer hay va a estar la platica para que le puedan dar la quimioterapia y eso es básicamente lo que implican estos impuestos, esto no es nada ajeno, es la lógica no, el artículo 262. Básicamente aquí lo que tenemos es desconocimiento Ministro, ese artículo se metió a última hora no sabemos esto cómo se va a determinar, es básicamente la falta de conocimiento de cómo se va a determinar esa devolución de aportes.

Y el artículo 264; que a mí sí me llama la atención lo siguiente Wilson, saneamiento fiscal y financiero con la legislación del derecho privado, a mí me parece muy delicado eso, mire lo que pasó con Reficar, ustedes sabían que cuando fueron a ver los contratos de Reficar todos estaban en inglés, que la Contraloría y la Procuraduría gastaron millones y millones de pesos para poder traducir esos contratos y analizarlos, pues yo creo que esto de que estaríamos volviendo, acabamos de tener una discusión muy fuerte en el Senado, en el debate del año pasado señor Ministro y que creo que una de las conclusiones de ese debate fue

que las platas del sistema de los parafiscales que entran al Sistema General de Seguridad Social en salud, la plata del contributivo, la plata que pone el Estado sigue siendo recursos públicos y que así usted sea un trabajador de una empresa privada, manejar dinero público está bajo la legislación del trabajador público.

Eso quedó claro en ese debate y aquí estamos poniendo que vamos a legislar basados en el derecho privado, algo muy delicado y que hay que realizar en detalle, porque estaríamos básicamente revertir los que avanzó el país y que es uno de los grandes huecos que ha tenido el país en términos de ser capaces de regular la utilización de los recursos financieros del sistema.

Ahora vamos a entrar al punto grueso la ley de punto final; son los artículos 127, 128 y 302; nosotros siempre hemos estado con la ley de punto final, el país la necesita siempre y cuando esté centrada en la verdad, justicia y reparación para el sistema de salud, no como en este caso que está centrada en solamente pagar las deudas y donde la carga tributaria la vamos a asumir los colombianos, aquí hay que mínimamente explicar a la gente cómo se perdió la plata. *Más* allá de eso hay que asegurar que esto no vuelva a ocurrir, que no volvamos a quedar en un hueco financiero y que la plata se vuelva a perder, porque si no en cuatro años, Samy, vamos a estar igual en cuatro o cinco años, estamos otra vez en un hueco donde no vamos a tener manera de sacar al país de allí. Y ¿por qué lo menciono? Porque cuando uno mira lo que está pasando con el sistema de salud y mira cuáles son las causas por ejemplo de por qué se les adeudan a las IPS porque las EPS les glosan las cuentas, porque la situación administrativa y financiera de la IPS es muy grave debido a las dificultades que tiene el sistema para pagar, porque las empresas se están liquidando, en fin y son cosas que van a seguir ocurriendo si esto se corrige.

Y aquí es donde viene lo importante, Colombia tiene un problema estructural y de fondo Ministro, que yo sé que usted lo sabe también como yo y que aquí se necesitan varios actores. El problema más importante que tiene Colombia en este momento es el de salud. Que no les quepa la menor duda a los colombianos, lo más grave que le pueda pasar a Colombia es que no sea sostenible su sistema de salud en los próximos años, porque es un problema de esos que no tiene arreglo en un día o en un mes; es un problema que tiene consecuencias nefastas donde se puede morir mucha gente por la falta de acceso a medicamentos, por el cierre de clínicas, por la falta de acceso sencillamente a tener un médico disponible.

Y esa amenaza está muy latente, demasiado latente diría yo. Primero por la crisis que tiene el sector desde el punto de vista financiero. Segundo, Nicolás, que usted sabe esto muy bien, porque Colombia tiene unos constreñimientos fiscales bastantes severos, nosotros estamos en

unas situación fiscal muy delicada, dependemos exclusivamente de los precios del petróleo, nosotros no tenemos como asumir un costo aumentado en tema de salud para los próximos 10 o 20 años. Aquí lo que hay que hacer es ser muy eficientes, aumentar el recaudo de manera eficiente para que no vayamos a entrar en una crisis.

Y mire esto qué implica en plata, uno de cada dos colombianos que se mueren uno se muere por enfermedades prevenibles, segundo aquí hay problemas en la problemática de los trabajadores en salud, por ejemplo el 50% de los profesionales de Colombia en salud tienen problemas para que les paguen a tiempo, las principales entidades deudoras son EPS con naturaleza privada, no hay especificidad en los plazos, ahí no dicen a cuántos plazos se va a pagar y eso, y yo sé que por ejemplo el Ministerio no tiene autonomía en eso y yo he venido proponiendo, hemos venido trabajando en un proyecto de ley para devolverle la autonomía al Ministerio de Salud que tenga una asignación fija del PIB 3%, 4% como pasaba antes de la Constitución del 91, para que puedan disponer de recursos y después se ajusten.

Pero esa es una propuesta que yo he venido haciendo, porque es que hay cosas que no pueden esperar; a futuro hay cosas que no pueden esperar en el tema de salud. Si cada vez hay que esperar los cierres financieros va a ser muy complicado para el sistema; esto ya trasciende nuestras ideologías u orientaciones políticas, esto ya trasciende lo que cada uno piense. Hay cosas que un país tiene que tener para funcionar bien y una de ellas es tener un sistema de salud que funcione adecuadamente, no incluye por ejemplo las deudas con los profesionales de la salud vinculados a EPS ya liquidadas o en procesos de liquidación.

Mire lo que pasó con Medimás, liquidaron Cafesalud y los médicos que estaban o las enfermeras que estaban en medio, que no les habían pagado su salario, nadie les respondió por la platica y se quedaron sin su salario. El año pasado nosotros hicimos un pacto nacional por la salud señor Ministro, hablamos de una reforma de la Superintendencia que se dio en parte, se dio y creo que todavía hay que hacerle mejoras, si a la Superintendencia Nacional de Salud no se le aumenta el personal o su capacidad de acción esa reforma no va a quedar sirviendo para absolutamente nada.

Nosotros no podemos seguir teniendo un funcionario de los 600 y pico que tiene la Superintendencia cuidando 50 mil millones de pesos. Eso no es práctico, no es lógico, lograr las condiciones laborales del personal de salud, eso no se dio acá, quitar la gestión de las mallas de información y la auditoría en el sistema, con la historia clínica única, eso se alcanza en parte, pero el problema grande que tiene el país en salud pública es la falta de, fragmentación que hay en el sistema, que cada quien hace lo que considera

que debe hacer y esa fragmentación tiene que ver mucho con la falta de posibilidad de compartir la información que tiene cada una de las empresas prestadoras de salud, por ejemplo los pacientes que tienen, que enfermedades tienen y que todo el país y que por ejemplo el Ministerio pueda decir tenemos la información de los 40 y pico millones de afiliados que hay en el país, no tienen que ir por EPS por EPS inclusive hay unas que no tienen toda la información.

Aquí tenía que decir algo que prevenir es mejor que curar, según las proyecciones que hizo el estudio la Comisión Económica Europea, si Colombia aumenta en un 50% los años de vida saludable es capaz de absolver sin ninguna otra modificación, sin siquiera aumentar el recaudo los costos que se van a dar por la presión de las nuevas tecnologías y los cambios demográficos, o sea, lo único que tendríamos que hacer en los próximos años para que Colombia aparte de aumentar el recaudo y la eficiencia sea capaz de absorber las presiones de las nuevas tecnologías y los cambios demográficos, es hacer programas efectivos de promoción y prevención en salud.

Ahora aquí hablan mucho del modelo integrado de atención en salud, saben yo por qué quería señor Presidente que estuviera aquí la Directora Nacional de Planeación, por lo siguiente; cuando uno habla de promoción y prevención en salud no está hablando de centros de salud, uno está hablando de acueductos, de alcantarillados, de accesos rápidos a las regiones, si eso no se da las ratas de enfermedad no van a disminuir y si no disminuyen no le pueden echar la culpa al sistema de salud por no ser capaz de afrontar las dificultades que se vienen presentando en el país, o sea esto es ilógico y desgraciadamente si esos cambios, por ejemplo, en tener acueducto, agua potable en todo el país, de tener vías de acceso de tener electricidad, es que ustedes miren, ustedes miren las ratas, por ejemplo, de mortalidad materno-infantil, la mortalidad materno-infantil para los que nos están viendo tiene que ver con el desarrollo de un país, los países desarrollados.

Los primeros índices que cambian son los índices de mortalidad materno-infantil y de embarazo precoz, esos son índices que cambian pero de inmediato y si ustedes miran por ejemplo el caso de Colombia, ustedes van al Chocó, miren las comunidades indígenas tienen mortalidad de materno-infantiles de 42% en niños, eso es como África, ahora si ustedes se vienen para Bogotá, son mucho más bajas, claro que sí, pero porque están diferente por ejemplo en el Chocó, porque no hay vía de acceso, porque no hay agua potable, porque no hay electricidad y sin van a La Guajira es lo mismo, si van al Amazonas es lo mismo, si van al Vaupés es lo mismo, no es de poner solamente centros de salud.

Entonces es importante que se trabaje en conjunto que se establezcan prioridades se haga priorización de los recursos y de las obras que

se van hacer en el país a futuro, porque si no va hacer imposible asumir los costos que se van a dar y que tendría que asumir el sistema; conclusiones; para terminar mi intervención yo celebro la garantía pues de la atención a la población en salud el control de los recursos públicos y el reconocimiento de la rentabilidad social que se le da en el Plan Nacional de Desarrollo a la salud de los colombianos, desgraciadamente se perpetúa la atención a personas enfermas en lugar de la prevención y esto hay que enfrentarlo, esto es un problema más allá de, ya no es de ideología es un problema económico, esto es un problema que tiene que ver con el desarrollo económico del país a futuro Nicolás, si esto no se cambia va a ser inmanejable, va a ser inmanejable así de sencillo, la nueva unidad de compradores de EPS.

Nosotros no podemos dejar que la gente que haya sido condenada pueda volver a aspirar a comprar empresas prestadoras de salud, el giro directo condicional lo de la ADRES que les mencioné ahora, o sea uno de los artículos estrellas de este Plan Nacional de Desarrollo era que el ADRES pudiera pagar directamente, ese podrá, ya cambio el artículo ya no es lo mismo, la posibilidad de que la corrupción no ocurra se quita con haber cambiado esa palabra y los corruptos acceder a la posibilidad de bueno yo le hago el favor si me da tanta plata o si tal cosa, eso es lo que hay que quitar.

Me preocupa golpear a la población más pobre con nueva carga tributaria cuando sabemos que no van a ser capaces de dar el tributo y cuando sabemos que lo que hay que hacer es sacar al Sisbén a los que no deben estar ahí, poner a tributar a la gente que tiene que pagar la DIAN y con eso se recoge la plata que se necesita y es necesario incorporar las deudas con médicos que se encuentran en las organizaciones declaradas, liquidadas o declaradas en quiebra por ejemplo lo que sucedió con Cafesalud, esas deudas nunca se les reconocieron prácticamente y quedaron pues en el limbo jurídico y en el limbo económico, porque esa plata no hay manera de que ellos la puedan recuperar.

Entonces yo creo, señor Ministro, que como mensaje central para terminar el problema que tiene el sector salud, que tiene usted como Ministro con el tema financiero es muy delicado, muy delicado o sea si esto no se soluciona a futuro, si no se empiezan a tomar las medidas de los programas de salud pública, si no se articulan las diferentes mallas de prestación de servicios, si no se articulan el establecimiento de proyectos por ejemplo en las regiones con Planeación, si no se hacen todo este tipo de cambios, va a ser muy difícil porque entonces esos indicadores que queremos transformar nunca van a cambiar y desde esa perspectiva yo creo que son retos que nos dejan a nosotros muy, muy mal preparados para poderlos afrontar a futuro, yo quiero terminar mi intervención aquí y de nuevo Ministra muchas

gracias por haber venido y de una u otra manera pues aquí seguiremos me imagino en la discusión.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias, tiene la palabra la doctora Aída Avella y después el doctor Wilson Arias.

**Honorable Senadora doctora, Aída Avella Esquivel:**

Muchísimas gracias, señor Presidente, yo quiero empezar por lo último que ha dicho Luis Castro, el déficit de la salud, estoy cansada de decir señores Ministros, menos mal que me van a escuchar, Ministros diferentes al de Hacienda, aquí hay plata para todo en este país el problema es que la regalan y me refiero a lo que está pagando la taza tributaria de las Empresas que extraen hidrocarburos en Colombia, ellos deberían por ley pagarnos el 25.5, en el 2014 pagaron el 14 y algo, pero en el 2015 bajaron al 1.9 y en el 2016 nos pagaron el 1.5, perdimos poco más o menos 16.9 billones de pesos.

Entonces aquí lo que pasa es que este es un paraíso fiscal de las Empresas que extraen nuestros productos como el petróleo y la minería encima de que extraen la riqueza y se la llevan también le encimamos los impuestos y no se ruborizó el señor de la DIAN en explicarnos que cosas el Ministro el súper Ministro, me dijo hace 2 días, que el problema era que el petróleo había bajado, todos sabemos que el petróleo no bajó el 90% ni más faltaba y yo sí creo que aquí hay que hacer algo que todos Ministros, ciudadanos, del parlamento, debemos rescatar realmente lo que le pertenece al país es increíble que estemos diciendo todo esto que ha explicado Luis y que no hay plata, habiendo la plata si realmente los gobiernos ejercieran sus función de hacer pagar los impuestos a quienes deben pagarlos, no la Reforma Tributaria que ahorca a los de la clase media y a los trabajadores, pero quisiera referirme al problema de la salud más concreto señor Ministro.

Aquí lo que falta realmente como dicen los médicos es una reforma estructural del sistema de la salud, que es lo que debe realmente hacerse porque que hicieron en el 2012 con la Ley Estatutaria de la salud, pues hicieron muchas cosas pero dejaron el negocio abierto, dejaron las venas abiertas de la plata de la salud en manos de la Empresa privada, es que cuando la salud, cuando los dineros públicos llegan a las EPS se vuelven privados, señor Presidente, no hay ningún control, señor Ministro, señora Ministra, nadie controla las EPS después de que reciban la plata, porque se vuelve un dinero privado y ahí es donde está el negocio y este Congreso en el 2012, no fue capaz de quitar el negocio que representa la salud en este país, en una reunión vuelvo y digo me dijeron muchos médicos, tal vez estábamos con Milton en esa reunión, nos dijeron los médicos el negocio más pulpo de este país es crear una EPS con 100 millones.

Entonces se crea la EPS y al mes tienen 1.500 millones, 2.000 millones, 30.000 millones, etc. y entonces esto se convierte en el gran festival de la salud, el negocio que hay en este país, por eso yo sí creo que la salud tiene que ser un derecho, no puede seguir siendo un negocio en Colombia y lo que más me afana es que en el Plan de Desarrollo los que estamos en la discusión 6 parlamentarios de esta Comisión estamos como Coordinadores, pues he visto que hay un artículo que es el 77 señor Ministro usted lo puede leer, lo tengo aquí, el párrafo dice que podrán ser contratantes del esquema de la asociación público privada bajo el régimen previsto en la presente ley, las empresas industriales y comerciales del Estado, las sociedades de economía mixta en que el Estado tenga participación superior al 50% sus filiales y las sociedades entre entidades públicas con participación mayoritaria del Estado, esto se llama que lo poco que hay de salud pública, señor Ministro, va a pasar a la empresa privada porque ahora van a funcionar empresas de economía mixta, como MIREN, la encuentran en internet señores parlamentarios, ustedes pueden leer, especialmente la gente que viene de la Costa Caribe, MIREN la ha creado, pues todo parece indicar que es el Alcalde de Barranquilla, es decir esto tiene sello propio.

Entonces la gente la ha demandado porque la Ley 100 solo existen dos posibilidades o la Empresa privada o el Estado, ahora crean la Empresas de Economía mixta para legalizarle al Alcalde de Barranquilla lo que creó, y yo creo que abrir una posibilidad de un negocio inimaginable en Colombia, esto tiene que mirarse y porque lo digo aquí, porque aquí estamos con el Ministro de la Salud que usted entiende, doctor Uribe, porque usted me dijo, usted regentó mucho tiempo una clínica de mucho renombre en este país y definitivamente las cosas marchan cuando la gente realmente es honrada pero cuando se le dan estos gajes a verdaderos parásitos de la economía nacional, pues realmente eso se vuelve un completo negocio y quiero referirme también a que aquí me acaban de mandar los médicos pues un SOS, por favor, no dejen pasar sin que las EPS les paguen a las IPS, ¿dónde está la ley de punto final? Eso no es ningún punto final, a ver la salud pública queda reducida a lo mínimo es la que recibe los pacientes cuando ya nos lo pueden curar en esas IPS que todos los días son más ineficientes, ineficientes que le hayan recetado a una niña de 19 años que acababa de dar a luz a una de sus niñas, pues la dejan morir porque un medicamento que era para untarse se lo dieron de beber y ella murió a los 4 días.

Yo creo que aquí hay problemas muy graves en la salud, pero fundamentalmente lo que tiene que ver con la salud de los territorios de la Colombia profunda, hablo de San Andrés, del Archipiélago de San Andrés y Providencia nos mandan agonizando los pacientes a Bogotá y tenemos que

devolvérselos en un ataúd esto no puede seguir, como es posible que en el Amazonas nos contaba la representante de allá, un médico especialista en Leticia gana 7 millones y cruzando la calle, que llega Tabatinga en el Brasil, ganan 20 millones los médicos que están en el Amazonas pasan directamente al Brasil, esto no puede, no puede ser la constante en un país, donde el personal médico y el personal paramédico tiene unos horarios de infamia, como es posible que los médicos en los hospitales no solamente tengan turnos terribles sino que además a los médicos y hablo de la EPS que atiende los maestros en Bogotá.

En Cundinamarca les pasaron señor Ministro una orden de que cada paciente debe tener 10 minutos para la consulta, usted es médico doctor Uribe, usted cuando le llega un paciente lo atiende en 10 minutos y rápidamente pase a otro y a otro para ahorrarse plata en pagar los médicos. Esto no puede ser el acoso que tienen los médicos en este país, porque un médico de un pueblo tienen que atender 40 y 50 pacientes diarios y los llaman además de las secretarías de salud a decirle que tienen que hacer medicina preventiva, pues esos que los llaman para acosarlos y para decirles que van a cerrar los centros de salud porque no dan, porque disque no dan rendimiento, señor Ministro, habrase visto hay países en el mundo donde la gente solo paga impuestos, no paga salud y tienen todos los servicios a su alcance, yo sí creo, Ministro, que aquí hay que hacer muchísimas cosas y también la Ministra del Trabajo puede ayudarnos la esclavitud a que están sometiendo a médicos trabajadores de la salud, enfermeras es infame, es el régimen que tienen en muchas de estas y permítanme que les meta una cuña en una empresa que llama Sonría qué pasa, no sé unos dientes muy bonitos y todo, pues he tenido quejas de los odontólogos donde los hacen trabajar 4 meses, los despiden y no les pagan, eso cómo se llama, quién reglamenta, quién está encima de esas entidades que no cumplen ni siquiera el pago con sus trabajadores.

También quisiera decirles que efectivamente hay una falta de médicos Luis, no solamente las enfermeras quieren irse, los médicos me visitan casi todos los días en mi oficina para decirme como hago para salir al extranjero, están cansados no solamente del régimen de la injusticia, están cansados también porque aquí no se reconoce el papel de un médico de una enfermera de la gente de la salud y esto hay que arreglarlo y hay que arreglarlo pronto, porque el 15% de los especialistas ganan menos de 5 salarios mínimos, doctor Uribe, yo creo que este sueldo usted no se lo pagaba en la Clínica Santa Fe a ninguno de sus especialistas, pero vea en las EPS les pagan una miseria, lo que están haciendo con la salud no tiene nombre, señor Presidente y también quisiera hablar de muchas de las quejas que nos llegan a los parlamentarios sobre el problema de los pacientes en este país, pues es inimaginable que tengan que

esperar 4 y 6 meses para una cita en oncología es increíble que la gente tenga que venirse a las más remotas regiones del país porque solamente y en esto tengo que hacer un reconocimiento al Instituto Nacional de Cancerología.

Realmente donde hay médicos que hacen investigaciones, donde la atención es extraordinaria y es un establecimiento del Estado, quisiéramos que el Instituto tuviera réplicas en departamentos que no hicieran posible que la gente del Putumayo tenga que venir a las calles de Bogotá a mendigar para poder entrar al Instituto porque no tienen ni donde quedarse, señor Presidente, hay gente que viene aquí en unas condiciones terribles con cáncer y con otras enfermedades y entonces no hay posibilidades de que, por ejemplo, para hablar de Boyacá un departamento que nos queda aquí muy cerquita pues mire Ministro no hay quien haga cirugía de Corazón en Tunja, tampoco otras especialidades y todo tiene que recaer en la capital de la República.

Por qué no hacemos entre los parlamentarios, yo llamo a mis compañeros no solamente de la Comisión Cuarta, he hecho este llamado también en las otras Comisiones y en Plenaria del Senado, lo que me aterra es una cosa que en el gran debate o no gran debate en el pupitrazo que le dieron a la Superintendencia de Salud recién, antes de irnos a las vacaciones, entonces lo que veo son impedimentos, impedimentos de muchos compañeros, no todos por supuesto hay gente que no tiene intereses en la salud, pero en el Congreso lo que vi, lo que vi en la aprobación de eso es que hay intereses de la salud en una gran cantidad de Parlamentarios, me duele, me duele porque nadie puede recibir de una IPS plata para hacer la campaña y ese fue uno de los impedimentos, me duele porque suegras, amigos, vecinos, no sé qué primos, etc., son dueñas de EPS.

Yo sí creo que hay situaciones en las cuales así estén en el negocio de la salud no pueden de ninguna manera, estar aprobando leyes que los van a beneficiar, por eso, señor Ministro, cuente conmigo para todo lo que sea, en resarcimiento de las deudas de las EPS a las IPS, cuente conmigo para defender el sector público en la salud, cuente conmigo, señora Ministra, también para que los trabajadores, los médicos y todo el personal paramédico tengan unos horarios decentes y unos sueldos que les garanticen, pero por favor no pueden someter a los médicos a que en 10 minutos simplemente atiendan a un ciudadano porque tienen que ahorrar plata y el día que logremos que el sistema público sea mucho más fuerte tenga hospitales, pero no el hospital ese del último nivel en el Putumayo, en el Guaviare, en el Guainía, también en Cundinamarca y en Boyacá, como les acabo de comentar, también en el Eje Cafetero, que decimos de los hospitales del Eje Cafetero todos en franca bancarrota mientras la plata se la llevan los que sacar la riqueza de este país, son dos maneras yo entiendo de ver este país, pero

nosotros estamos decididos a que la plata no se siga yendo, ya veo al doctor Lemos allá tomando nota para decir que eso no es cierto y que se dan los grandes debates en los salones oscuros del Ministerio de Hacienda.

Como ya sé lo que me va a contestar, yo lo reto a que le presente a la ciudadanía los debates que hemos dado de Plan de Desarrollo, no en los salones oscuros sino de frente al país, por eso he tratado de dejar allá mientras tanto con mis colegas que estábamos en la Comisión del Plan para venir hablar de frente a los ciudadanos, los ciudadanos tienen que saber qué ocurre en este país pero también qué ocurre en los salones oscuros del Ministerio de Hacienda, me opondré a que el Ministerio de Hacienda sea el que revise, el que mire, el que diga si un hospital está en bancarrota, es quien debe decir si un hospital está en bancarrota es el Ministerio de Salud, las cosas deben tener su camino normal, no es normal que el Presidente de la Comisión nos obligue simplemente a estar en esos salones oscuros, estas discusiones deben darse aquí.

Por eso señor Presidente o de la salud es algo que nos tiene que ocupar a todos los ciudadanos, desde los Ministros hasta el último ciudadano, el ciudadano que sufre, el ciudadano que le toca venirse a pie con una fractura, cómo es posible que ni siquiera hayan ambulancias en las zonas más apartadas como sucede en Apartadó, en Urabá antioqueño, la gente se nos desangra simplemente con que se caiga de un árbol y yo creo que estas cosas van a tener que discutirse mucho más a fondo por eso, señor Ministro, yo creo que nos esperan algunos años en los cuales con la salud a su cabeza, que entiende que es una sala infectada en un hospital, que entiende como los hospitales casi en todo el país tiene la sala de cirugía infectadas y no hay posibilidad de hacer un remiendo porque la plata se están llevando esos traficantes de la salud, que muchos están incrustados en las EPS de Colombia, Muchas gracias, Presidente.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias, tiene la palabra doctor Felipe Lemos para una réplica.

**Honorable Senador doctor Juan Felipe Lemos Uribe:**

Presidente con el ánimo de no alterar el orden del debate le pido el favor que después de que intervenga el doctor Wilson, posterior a mis compañeros que han pedido el uso de la palabra, con antelación a esta solicitud que le hago, me permita expresar algunos pensamientos sobre el particular, pero como la doctora Aída que es tan especial y afectuosa conmigo tiene ya la capacidad de leerme la mente, justo cuando estaba escuchando su discurso, como sucede en aquellos que defienden ese concepto de economía mágica basado en ese populismo fiscal de criticar, criticar, señalar, advertir, pero que en el fondo no tiene nada de estructura porque no escuché un solo

planteamiento de mi compañera para resolver los graves problemas que afronta hoy el sistema de salud en el país.

Decía ella, le decía al Ministro, palabras textuales, cuente señor Ministro que voy a apoyar cualquier intervención del gobierno que resuelva el problema financiero y económico de la salud en el país, lo acaba de decir en palabras, pero con sus hechos con sus acciones anteriores ha demostrado que eso es pura retórica, como casi todo lo que ustedes hacen, votó el Plan Nacional de Desarrollo negativo, doctora Aída, los artículos que hacen alusión a punto final para pagar esa deuda de la salud en Colombia superior a los 10 billones de pesos, usted ni siquiera los votó positivo, entonces no se contradiga más, no se contradiga apreciada doctora Aída, pero ahorita nos referimos de fondo al tema, quería simplemente advertir esa contradicción en esa demagogia, en esa retórica del populismo fiscal que la doctora Aída y sus amigos promulgan y defienden con mucha energía y determinación aquí en este Congreso de la República.

**Señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias Senador Felipe Lemos, tiene el uso de la palabra el Senador Wilson Arias y después sigue el doctor Milton Rodríguez.

**Honorable Senador doctor Wilson Neber Arias Castillo:**

Gracias, Presidente un saludo a mis colegas, un saludo a los funcionarios de gobierno y al público asistente, yo pensaba iniciar mi intervención refiriéndome algunos puntos muy localizados, básicamente diciendo que suscribo lo que han planteado los Senadores que me anteceden y, en particular, en relación con algunos temas que después de una muy buena presentación que hace Juan Luis, quisiera como sencillamente subrayar, pero la polémica anterior yo creo que es importante independientemente del tono que adquiriera, independientemente de las formas le atribuye una grandísima importancia, ese es buena parte del punto central de la discusión, doctor Lemos, usted acertadamente lo plantea, doctora Aída usted acertadamente lo plantea.

Finalmente lo que estamos discutiendo es un acto tan sensible tiene tanto que ver con uno de los tres huevitos con sus nuevos nombres equidad, huevito que además no pertenece solo a este Gobierno, el discurso de la equidad ha estado presente durante mucho tiempo, como se llamaba el segundo Plan de Desarrollo de Santos, qué alegaba Santos que íbamos a hacer cuando saliéramos de la guerra, paz, educación y equidad, él consideraba que esa era un ruta muy importante, pero fíjese usted, el resultado final es la Equidad, el doctor Uribe cuando presentaba los tres huevitos también decía, la seguridad me permite hacer inversión, inversión que me permite realizar una economía que permite que al final

haya una retribución y equidad eso ha sido una constante de la discusión, constante del discurso.

La pregunta es cómo realizamos ese discurso con qué instrumental y llevamos 30 años de neoliberalismo, solo no tiene otro nombre y lamento pues tener que repetir esa palabra que no es tan mágica, doctor Lemos, es una cruda realidad y el resultado es que tenemos menos equidad, decía somos el segundo país más desigual de América Latina, después de Haití, somos el sexto más desigual del mundo y léalo por boca de Banco Mundial de la OCDE en general, de modo que si esta concernida esa discusión, porque resulta que los asuntos más sensibles a esa equidad son precisamente los servicios públicos domiciliarios, una forma entre otras cosas mediante la cual la gente del común puede acceder a los beneficios de la civilización.

Aída suele recordar la Colombia profunda que no tiene alcantarillado, agua potable, energía, presentamos unos indicadores también bastante mágicos a veces, yo decía que si cumpliéramos todas las metas de los Planes de Desarrollo, Colombia sería 10 veces Noruega, porque cada Plan Nacional de Desarrollo nos deja una herencia de metas no cumplidas, pero el doctor Lemos hace una pregunta que yo creo que tiene que ser respondida, de donde la plata ha dicho el doctor Lemos, ha dicho los partidarios de la economía mágica, sabe que no es la economía mágica, son los crudos hechos de la realidad económica, en este Plan por ejemplo que tiene una pretensión de 2 y medio millones de colombianos del régimen subsidiado comiencen a hacer más aportes al sistema y se aspira recaudar 1 billón de pesos por esa vía.

Eso está en las bases del plan y tiene desarrollo normativos, particularmente, aquí se ha mencionado el artículo 132 antes 138, este Plan que en efecto plantea una ley de tiempo final que pagamos todos los colombianos 10 billones, eso sí que no es mágico, eso sí que afecta a todos los colombianos, mes a mes, esos 10 billones, pero se lo voy a presentar por otra vía, doctor Lemos y apreciados compañeros, con todo respeto y consideración porque debo reconocer que el doctor Lemos he recibido muchas muestras de respeto y de aprecio y tenemos desde que estábamos en Cámara hemos conversado bastante la política, creo que entre otras cosas lo hemos hecho desde orillas bastante diferenciadas, pero hemos tenido una capacidad de diálogo importante, pero le quiero recordar ya no solamente el doctor Lemos, esto tiene que ver yo creo mucho con la capacidad de *lobby*, las gentes del común no vienen a este Congreso hacer *lobby* como viene Luis Carlos Sarmiento Angulo, como vienen las mineras, como vienen los grandes grupos empresariales, cuál es la representación política democrática de esos sectores más vulnerados de la sociedad eso sí, los más apremiados económicamente que son los afectados finalmente por esto.

Le voy a dar dos ejemplos de este Plan de Desarrollo, doctor Lemos, uno, después de mucho rogarle al Consejo de Estado, reclamando que los reconocimientos de propiedad privada, es decir, ese sistema minero del que es dueño casi único Luis Carlos Sarmiento Angulo, es dueño dicen del cielo y el infierno son las únicas formas de propiedad donde el propietario del suelo lo están viendo el subsuelo, eso solo existe en Colombia, quedan 55 reconocimientos de los cuales treinta y pico del grupo minero de Luis Carlos Sarmiento y Scotiabank; el Consejo de Estado ha dicho desde hace décadas que la forma de pago de esos reconocimientos tiene que ser la misma de otro tipo de explotaciones y estoy hablando de lo que le interesa a la salud Ministro, cuando le pregunten Ministro de dónde va a sacar plata para la salud, diga esto, el Consejo de Estado reclama que se le ponga el mismo régimen tarifario que a los otros porque están en el punto cuatro por ciento, este Plan de Desarrollo amagó con restablecerlo y la última versión y pone a Luis Carlos Sarmiento a pagar sobre esos yacimientos solamente el punto cuatro por ciento la décima parte de lo que tenía que pagar, ¿sabe cuánto es eso para la salud?, en 17 años de perdonarle a Luis Carlos Sarmiento, Aída Avella cien mil millones de pesos, más de cien mil millones de pesos, ¿pregunta el doctor Lemos de dónde quiere que saquemos la plata para estos asuntos?

Quiere que sigamos, Reforma Tributaria, cuánto aporta el sector financiero, cuánto aportan los fondos privados de pensiones y ha dicho Juan Luis algo que me sensibiliza mucho, para no ponerlo en términos de sector financiero, sector minero, guerra en lo cual invertimos, deuda pública además injusta, alguien debería hacer una auditoría de la deuda pública para ver cuánto liberamos de recursos, pero le voy a hacer la cuenta en relación con lo dicho por Juan Luis el sector azucarero que hace lobby en el Congreso de la República, que financia campañas, razón por la cual los impuestos saludables no van a ir, tiene capacidad el ciudadano del común debería tocar la puerta de este Congreso de la República, es expedita la vida para decir lo que siente, cuántas decenas de millones afectados por esto, pero una sola empresa tres monopolios, cuatro monopolios tiene la capacidad de tumbar un impuesto al azúcar y en esto sé que tengo polémica con sectores amigos míos, de la izquierda, de modo que lo voy a explicar con todas sus letras, yo me opuse a la idea de un impuesto, perdón a la modificación de las tarifas arancelarias al azúcar por el acuerdo de Estados Unidos con Europa, fue una herejía, algunos compañeros me decían unos son Arias, oponiéndose a que bajen los aranceles del azúcar y por razones de soberanía no acepto que sean los gringos y los europeos los que lo dispongan, esto es un estudio técnico de modo que me opuse y me costó mucho el debate de izquierda.

Pero también respaldé la sanción que se le puso al sector azucarero cuando se cartelizó y en este caso en particular porque estoy completamente de acuerdo por lo dicho por Juan Luis, no requiere una sílaba más de lo que acaban de exponernos en ese atril a propósito de una fuente del sector de la salud, una de las varias que se pudieron discutir, porque no se concreta, cuántos miles de millones recaudaría el país con destino a la salud por esa sola vía, tiene capacidad de hacer lobby la persona del común del estrato pobre para venir a decir estas verdades, alguien tienen que decir las y me alegra que el doctor Lemos lo haya preguntado, podríamos seguir en ejemplo, no le agrego, ese sector financiero que todo domina y que tiene participación también en ese reconocimiento de propiedad privada minera, también lo tienen otros en los regulados por el Decreto 2655 del 88 que decía que las concesiones iban por 30 años, saben pueblo colombiano qué hace este Plan de Desarrollo, este Plan da la posibilidad de entregar esas concesiones por 30 años más, es decir, Luis Carlos puede quedarse por 60 años y eventualmente heredárselo a sus hijos y nos preguntan de dónde tienen que salir las platas para la salud, de dónde para la inversión social, cuando la concentración de la propiedad y la riqueza es ofensiva en Colombia, ese mismo grupo financiero tiene tierras campesinas en el Vichada que tiene que haber sido entregados efectivamente a los campesinos porque son tierras baldías, seguiremos discutiendo sobre esto ya no solamente del modo cómo podemos favorecer a la gente del común en materia de la salud, sino también en otras órdenes en minería, en tierras en sistema financiero, en fin, y termino con esos apuntes sobre el tema de eso de la equidad de quien hace lobby de la redistribución del ingreso y de la salud como instrumento.

Pero decía que no me quiero desviar porque sé que tenemos a demás sesión y los otros compañeros tienen que intervenir dos o tres cosas más sobre el tema de estos capítulos de salud, la ley contraría de la ley estatutaria que no suscribimos completamente pero en un aspecto muy importante en el tema, la contraría porque este proyecto mantiene la figura del POS y del No POS, eso es un asunto sobre el cual ya se legisló en este Congreso de la República y muy a pesar de la ley estatutaria que no suscribimos completamente pero en un aspecto muy importante en el tema, la contraría porque este proyecto mantiene la figura del POS y del No POS, eso es un asunto sobre el cual ya se legisló en este Congreso de la República y muy a pesar de la ley estatutaria en ese capítulo se siguen insistiendo y cada Ministro encuentra la manera de prolongarlo, no han bastado con la legislación y con las sentencias, ¿ya mencioné lo del acuerdo de punto final? Había mencionado también el artículo 132 referido a la solidaridad en el sistema de salud que en efecto pone a cotizar más a un grupo muy importante de colombianos, permítame solamente señalar lo que ha planteado Juan Luis muy acertado el doctor Juan Luis, sobre

el tema de la intermediación de las EPS sobre el giro directo de las Adres a las IPS, creo que es un asunto muy importante y es lo que me llama mucho la atención para concluir el que se ha mencionado sobre los gestores farmacéuticos, es casi que insólito que puedan las farmacéuticas terminar haciendo política pública en materia de salud.

Yo invito a mis compañeros parlamentarios, yo sé y termino con esto, no es una flor es un reconocimiento que también quiero hacer, Aída tiene razón en relación con que no deberíamos estar discutiendo en las salas yo no sé si a oscuras, pero sí muy frías además del Ministerio de Hacienda y a puerta cerrada lo que debemos discutir públicamente yo respaldo esa solicitud, pero también quiero reconocer algo para que la gente se ilustre, los parlamentarios se han quejado de que el proyecto de Plan de Desarrollo contenía un artículo que es francamente provocador en beneficio de ese sector financiero, de los Fondos Privados de Pensiones, cuando creciera la pensión cualquier fracción por encima del índice de precios la pensión de los pobres pensionados el Estado disque debía concurrir a pagarle a los Fondos Privados de Pensiones esa diferencia, Fondos Privados engordados con los recursos de los pensionados y ese es el tratamiento que le ha dado, pero en mi intervención aparece un reconocimiento, los Congresistas decidieron que ese artículo no iba, el gobierno tuvo que resignar, eso es lo que no han notificado la intención de ese artículo, yo espero que estos mismos Congresistas de todas las fuerzas políticas le digamos no a este y aquellos que he mencionado, porque son creo yo artículos supremamente lesivos para la posibilidad de la salud en Colombia, ese sector farmacéutico el sector de la comercialización y del ánimo de lucro por excelencia no debe fijar política pública en Colombia. Muchas gracias Presidente.

**Señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Gracias Senador Wilson, tiene el uso de la palabra el Senador Milton Rodríguez.

**Honorable Senador, doctor Milton Rodríguez:**

Gracias señor Presidente, un saludo muy especial al señor Ministro, doctor Juan Pablo Uribe, a la señora Ministra de Trabajo la doctora Alicia Arango, Viceministros y a todos los colegas de la Comisión, el llamado a este debate realmente parte de una situación que estoy seguro que fue lo que recibió el ministro, una crisis que usted recibió astronómica, el solo informe que usted nos hace llegar a la Comisión así lo reportan de las EPS del sistema contributivo la mitad están quebradas de una manera terrible y del sistema subsidiado 21 de las 27 entidades están igual en estado de quiebra, eso significa un sistema de salud con una quiebra superior al 60 o 70% es insostenible y además de eso inmanejable y obviamente tanto

ustedes que llegan al ejecutivo como nosotros que llegamos al congreso no llegamos simplemente a criticar si no a proponer y a mirar si entre todos podemos resolver ese tema que no tiene por qué tener un color político, la salud no es una bandera política la salud es un derecho fundamental de los colombianos y debe llevarnos a todos a salir de nuestras trincheras políticas y abordar el tema de la ciudadanía con absoluta responsabilidad con profundidad y con un ánimo no solamente contractivo si no de erradicar de fondo lo que hizo que este modelo o sistema de salud sufriera esa crisis y entrar de fondo en esos temas por obviamente tenemos que entender que hay unos diagnósticos, hay unas revisiones que se han hecho de estas situaciones, el tema de la informalidad que obviamente hace sucumbir el sistema frente a las posibilidades de que otros contribuyan, Colombia tiene una informalidad que supera el 65 o 70% en su parte laboral, la situación de la ruralidad tan abandonada y expuesta en medio del conflicto armado que hace que haya unos elementos de una gran componente de la ciudadanía que no tiene un acceso correcto al sistema de salud, pero también hay que hablar de los 600 mil personas más o menos, que están registradas de manera ilegal, de manera incorrecta en el Sisbén que también le quita la posibilidad de operatividad al sistema, también hay que entrar a mirar con humildad con mucha responsabilidad y criterio, ya ante las facultades que tiene Adres, el fortalecimiento que tiene la superintendencia de salud darnos la oportunidad si el modelo a seguir aplicando es EPS e IPS todos los modelos en el mundo debemos tener la oportunidad de repensarlos y eso no debe ser tomado como una crítica o atacar a un sector político en particular o defender otro o que yo soy más bueno que el otro o que yo sí defiendo al pueblo y los otros defienden a los ricos, yo creo que ese discurso también ha hecho mucho daño, ese discurso de los ricos y los pobres, eso tenemos que superarlo en Colombia la polarización nos tiene agotados a todos, que jartera; ya uno expresa una idea y entonces ya están diciendo, si expresa de una manera es de derecha, si expresa de otra manera es de izquierda.

Entonces aquí tenemos incluso personas que ya no hablan nada entonces son de centro y yo creo que esos temas sinceramente la salud no puede ser ni politizada ni puede ser más tratada como un negocio tiene que ser tratada como lo que está en la Constitución Política de Colombia y sus leyes que es un derecho fundamental de los colombianos y si bajo de esos temas y en esa manera constructiva podemos abordarlos, que importante sería para el país, que el ministro no se nos sienta agredido ni atacado, yo creo ministro que tenemos los colombianos que sacar pecho con el ministro de salud que tenemos y no por echarle flores señor ministro, sino por su responsabilidad y su seriedad para abordar los temas y la profundidad para hacerlo y que usted se sienta acompañado por un congreso amigo, un congreso amigo del pueblo,

un ministro que también es amigo del pueblo y que de esa manera todos lo podamos referir invitar también a todos los interesados en las EPS los grupos económicos o gente que ha invertido en los temas de las EPS que tampoco se sientan atacados, invitarlos a que hagamos un solo equipo y que entre todos tenemos que resolver esos temas porque de fondo no puede seguir siendo el tema de que todo mundo se defiende y finalmente la población vulnerable de Colombia es la que asume las consecuencias de lo que se hace y lo que se decide y sobre esa base ideológica es que quiero plantear mi participación, una base donde Colombia Justa Libres, que es el partido que tengo el honor de copresidir y ser su vocero de invitar a todos los partidos, a todos los temas, verlos bajo una oportunidad de reconciliación en Colombia una oportunidad de que todos le sumemos a la solución yo cuando escucho posturas y situaciones yo sigo diciendo cuando será que realmente nos damos la oportunidad de reconciliarnos y esa reconciliación tiene que ver con una normatividad Constitucional y jurídica donde el pueblo se vea representado.

Yo quiero sobre eso puntualizar unas situaciones y unas proposiciones señor Ministro y ahora las señora Ministra de Trabajo también le comparto otras que creo que se lo puede ver constructivamente y darnos la oportunidad vamos a poder encontrar no la panacea de la solución, no, tampoco podemos ser idealistas y tampoco posar de mediáticos, aquí hay que ser humildes y saber que es un tema muy delicado y que al menos el señor Ministro de Salud ha decidido tomar el toro por los cuernos y mirar cómo resolvemos este problema, el artículo 34 en el nuevo articulado de lo aprobado aborda el tema de los resultados y un presupuesto enfocado en el tema de los resultados, nosotros hemos agregado un concepto señor Ministro que tiene que ver profundamente sobre el tema de que haya sostenibilidad financiera, sobre ese sistema es decir no solamente el concepto de que haya una orientación de gasto en el sistema de salud a resultados, sino que esa orientación también parta de que haya sostenibilidad financiera y lo expresamos en nuestra proposición precisamente para evitar volver a caer en el mismo problema, muy importante el resultado, pero más importante aún que dejemos expreso, usted me explicaba la otra vez que está implícito pero yo le agradecería que lo dejemos expreso, que no solamente ese artículo 34 repito en el texto ya aprobado, lo abordemos ya con sostenibilidad financiera y eso nos va a ayudar para que garanticemos que no vamos a caer en lo mismo, que solamente nos enfocamos en resultados pero no miramos la sostenibilidad financiera y eso debe ser un ingrediente ecuánime para garantizar que no volvemos a caer en el mismo problema, en el mismo error, otra proposición que quisiera que usted considere señor Ministro, que por alguna razón en medio de tanto trabajo le entiendo muchas cosas que pasan y tanta cosa que se revisa.

Pero esa no se nos puede pasar, las competencias de inspección y vigilancia para todos los conceptos de la conformación de las EPS, dado que son elementos que tienen que ver con particulares donde entran sociedades, donde entran entidades inclusive financieras, donde inclusive estamos hablando de atención en temas hacia el público en general no debería solamente estar dada a través de la superintendencia nacional de salud sino que además de eso se veía vincular que nuestra propuesta la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio, que eso le genera mayor tranquilidad y mayor garantía al ciudadano, de la transparencia en el proceso, si tenemos que hacer acciones para mayor transparencias debemos de celebrarlo y acompañar esa oportunidad de que cada vez sea más transparente como se conforman las EPS societariamente en Colombia, igualmente inclusive anticipaba en la proposición darnos la oportunidad de tener el control previo a través de dos entes de control básico que es la Contraloría y la Procuraduría; cuando tenemos esos antes de, también estamos atacando una raíz del problema que nos aparezcan oportunistas, negociantes con el tema de la salud que a todos nos ha afectado profundamente, otro artículo específico que yo quería pedir su acompañamiento y su apoyo en aras obviamente de resolver de fondo los problemas y no simplemente criticar si no resolver de fondo las cosas, en los programas de saneamiento fiscal y financiero obviamente esto de la ley de punto final me parece que es darle una oportunidad a Colombia de pasar una página muy negra del modelo de salud y abordar una construcción del proceso, Ministro considere por favor en el programa de saneamiento fiscal y financiero en el artículo nuevo no solamente se considera el tema que haya una garantía económica del sistema, sino que también haya una rentabilidad social que se considere sobre todo porque el mismo informe que usted nos envía hay territorios Vaupés, Guainía, etc., que no tienen cómo ser rentables, no pueden ni ser sostenibles, pero sí hay una responsabilidad por ser un derecho fundamental de los colombianos de garantizar una rentabilidad social sobre esos territorios, pedirle que en ese mismo artículo ministro, no solamente el Ministro de Hacienda defina las prioridades o defina los marcos de acción frente a ese saneamiento fiscal y financiero si no el Ministro de Salud también tenga esa facultad de participar en esas decisiones, que mejor que el Ministro de Salud puede resolver cuáles son las prioridades en el saneamiento financiero del sistema de salud que usted mismo administra y ahí consideramos importante e insistiremos en esto que usted nos acompañe en esto, porque es que le reitero atacar de fondo el problema y no simplemente sentarnos a criticar.

El artículo 127 en el nuevo articulado que también se lo quiero referir, tiene que ver con las prioridades para atender obviamente el sistema, cuando se habla de las sostenibilidad financiera

del sistema general de seguridad en salud estamos insistiendo ministro en que se le dé prioridad a las acreencias laborales, la ministra de trabajo harto trabajo que tiene que resolver con esos temas y ministra si aquí a usted no le dan prioridad le van a dejar un grave problema, porque entonces las EPS, van enseguida a resolver otras acreencias y a usted ministra la van a dejar expuesta a un problema grandísimo dejando a los trabajadores de la salud de tercero de cuarto de quinto o de sexto lugar sino se dice expresamente debe ser expreso que en el saneamiento financiero con la ley de punto final o cualquier otro mecanismo que se cree para sanear financieramente el sistema de seguridad social en Colombia haya prioridad de las acreencias laborales y que sea expreso como se explique y se exprese dentro del Plan Nacional de Desarrollo, hemos hecho una proposición nueva ministro, que la otra vez quedamos pendiente de conversar un poquito sobre eso y era lo siguiente, el incremento de los trabajadores de la salud en especial los médicos y profesionales, no hay ninguna garantía de incremento para ellos bajo el discurso de que una vez el dinero de lo público lo recibe la EPS ya se convierte automáticamente en dinero de un privado y entonces los médicos quedan expuestos y los procesos de salud quedan expuestos a lo que quiera la EPS incrementarles; aquí tengo casos y tengo un informe de 3 y 4 años de personas que no se les incrementa su salario, imagínese el sistema de salud que se fundamente en los trabajadores de la salud, el médico, enfermeras, que necesitan sentirse bien retribuido porque eso anímica y emocionalmente y profesionalmente es digno y que las EPS solamente toman el incremento de la UPC, claro para resolver entiendo una parte la tarifa es por cantidad de servicios agregados y eso lo entiende todo el mundo, lo que no se entiende es cómo las EPS por factor precio o de costo sí recibe un incremento y no lo traduce a su estructura laboral y lo que me explican a mí, me explicó el viceministro de hacienda quien cariñosamente Aída lo llama el súper ministro, me explicaba él que el problema era, que simple y llanamente, era un tema de que como eran platas de privados era acuerdo entre privados el Estado no podía legislar sobre eso.

Me parece que es el colmo que sabemos cuáles son las raíces de este problema donde el grado y usted lo sabe ministro el grado de inestabilidad laboral y de rotación de personas es altísimo, hay regiones donde la rotación Senador Samy llegan al 40 o 50% eso no tiene ninguna presentación porque simplemente no se les compensa como se les tiene que compensar, se traduce en un problema laboral y por eso celebro ministra de trabajo que usted haya venido, porque tenemos que entre todos hacer un frente común por el bien común de Colombia y eso no puede seguir pasando ministro nosotros radicamos y seguiremos y si es necesario llevarlo a la plenaria lo vamos a llevar, pero a los profesionales y a los trabajadores de la salud no se les puede seguir tratando como se les trata hoy en

día y no tiene que ver con derecha, ni con izquierda, no con arriba, ni con abajo, ni con el centro, ni con atrás, es mínima justicia, acompañada de esa y otra proposición que tenemos, acompañado con el partido Mira, como Colombia justa libres, sobre el tema de la tercerización del sector de la salud, como queremos nosotros que haya eficiencia en el modelo y el sistema; si los trabajadores y los médicos no tienen las garantías laborales justas para poder desempeñarse su rol, y en eso quisiera señor Ministro su acompañamiento para esas dos proposiciones que son fundamentales que no están en el plan nacional de desarrollo que son proposiciones nuevas que ha radicado Colombia justa libres para lograr esos propósitos.

Señora Ministra esto va o es compartido como el alcance de esta proposición con el ministro de salud, el artículo 56 del nuevo texto del Plan de Desarrollo, insiste en que la invalidez de la pensión de invalidez de carácter laboral u ocupacional no se puede luego seguir reconociendo cuando aparezca la pensión por vejez, son sistemas absolutamente distintos, una cosa es el sistema de seguridad social del trabajador y otra cosa el sistema pensional del trabajador, desde el año 2008 la Corte Suprema de Justicia toda demanda sobre esos temas a indicado y ha reiterado la jurisprudencia sobre el tema de que si la invalidez es común no hay lío, porque la invalidez es común no tiene que ver con el tema laboral, pero cuando la invalidez es de carácter laboral es un derecho adquirido que no puede desaparecer, por el hecho de que aparezca luego la pensión por vejez, son sistemas Senador Carlos, completamente diferentes y no se deben de mezclar, el otro artículo que nos inquieta es el artículo sobre la reducción de días en los días de incapacidad, se reconocía al trabajador hasta los 730 días hoy se reconocen máximo hacia los 630 en el nuevo Plan Nacional de Desarrollo, digo para que nos vamos a enredar con eso, hay cosas de más fondo sinceramente que esto, y yo solicito Ministra de verdad que hasta que no se planten correctamente, porque no se entienden no los han explicado y mire no es justo no hay una justificación técnica para decir, por qué pasan de 730 a 630 la única razón que uno entendería es económica para el Estado pero se ha considerado al trabajador, no Colombia no puede seguir pensando simplemente en que sus ajustes financieros salgan del bolsillo de los trabajadores no y mucho menos de los trabajadores vulnerables una enfermedad de cáncer, una enfermedad de sida, tú hablabas ahora de cómo los temas de enfermedad cada vez son peores en Colombia no hay presencia de impuestos saludables no hay presencia de un modelo preventivo, no hay promoción de salud.

Entonces cuando hablemos y este articulado la prevención Ministra y esta articulado la promoción de salud y hayan los impuestos saludables, revisemos esto pero no puede ser que además de que no hay prevención que además de que no hay promoción de salud que además de que no hay

unos elementos que anticipen la atención correcta del sistema de salud de los trabajadores, ahora se nos enferman y también al enfermo le vamos a caer encima; yo le quiero pedir a los congresistas, le quiero pedir a la Ministra de Trabajo, le quiero pedir a todos los compañeros, no hagamos eso, eso es inhumano, duele el corazón que nosotros estemos tratando de cuadrar cuentas presupuestales con la gente enferma y trabajadora de Colombia; eso no puede pasar y duele de verdad y yo sí les pido ese artículo en particular retírelo Ministra, bueno de quien sea o no sé si sea del Ministro, Ministro no me diga que ese artículo es suyo, Ministro ese artículo es suyo, es que ministro mire, le explico el concepto Ministro, le explico esto Ministro, Colombia no tiene implementado aun, lo vamos a tener con usted y estoy seguro que lo vamos a lograr un adecuado sistema de prevención en salud, no tiene un adecuado sistema de promoción de salud, mire el modelo cómo está de fracasado y encima le vamos a caer al enfermo encima le vamos a quitar 100 al enfermo, un enfermo de Cáncer lo vamos a dejar sin ningún tipo de acompañamiento económico a que muera en la ruina, a que muera expuesto a todas las cosas, yo sí les pido de carácter humanitario por favor Ministro se lo ruego de parte de los más vulnerables de Colombia que no pueden aquí hablar del enfermo de cáncer, del enfermo de sida, de enfermedades huérfanas por favor ese artículo retírelo, retírelo, eso es inhumano le tengo una compensación económica, la Ley 100 tiene un artículo que es el artículo 25 y en eso la ministra sí nos puede ayudar, en ese artículo 25 se dice que para tratar los asuntos del adulto mayor los subsidios y el acompañamiento al adulto mayor por parte del Estado que es un excelente plan se saque a cotización o se saque a consideración de particulares la administración de dichos fondos a través de fiducias yo estuve todo esto que le estoy hablando aquí es hablando con médicos, trabajando con el sector, trabajando con trabajadores con Colpensiones, con todo el sistema porque si no cómo hacemos las proposiciones con seriedad y hablando con Colpensiones hay una oportunidad.

Cuál es la oportunidad, primero que tenemos un presidente de Colpensiones extraordinario, extraordinario, con una capacidad y una proyección y una cosas interesantísimas y hablando con él me decía, mire podemos darnos una oportunidad y es que en vez de sacar la plata a fiducia lo administremos Colpensiones, de todas maneras Colpensiones tiene que seguirse desarrollando, les daré un ejemplo a todos los colegas y a la opinión pública que me escucha y me ve, esa atención del adulto mayor en Colombia se contrata a través de unas fiducias, las fiducias coloca toda la infraestructura física de oficinas en Colombia de servicios para poderlo hacer y se gastan 100 mil millones de pesos anuales señor presidente, 100 mil millones de pesos, hay un millón y medio de ancianos que reciben ese apoyo, cada vez que se consigna algo para ellos cuesta 4.000 o 4.500

pesos son 72.000 mil millones de pesos al año estoy hablando de 172.000 mil millones de pesos por año, Colpensiones se compromete a que ellos lo pueden hacer y que esa plata se puede ahorrar en mínimo un 70 u 80% ese artículo hace parte de las proposiciones que aún no han sido atendidas pero que han sido radicadas oportunamente, Ministra acompañeme en eso démosle esa buena noticia a Colombia y creo Ministra que eso va ayudar tremendamente a mostrar la excelencia de su labor como Ministra siempre se la he respetado y siempre se la he reconocido démosle esa buena noticia Ministra a Colombia de que a través de ser más eficientes en el Estado y en el gobierno del Presidente Iván Duque, ya de entrada nos vamos a poder ahorrar en un plazo no mayor a diez años Senador Lemus, cerca de 2 billones de pesos esos serían mis apuntes dejo la inquietud de Fonpet que es otra cosa que nos preocupa, no puede ser que lo asignado Senador Lemus, Senador Wilson a los pensionados de Colombia ahora se diga que con eso vamos a cuadrar la caja de los que se descuadran, ese artículo sinceramente no tiene ni pies ni cabeza, la plata de los pensionados es sagrada y no se puede considerar para nada más Ministra.

Mi solicitud y pido el acompañamiento de los senadores, que artículo es voy a compartir un poco sobre eso para ilustrar un poco a los compañeros, es el artículo 114 del anterior, es el artículo 114 del nuevo, en ese artículo 114 se dice que estos fondos de Fonpet que son asignados al tema de los pensionados en aquellos territorios donde sobre algo de ese fondo para pensionados que no va a sobrar nunca, yo me quiero preguntar cuándo va a sobrar plata de los pensionados, que circunstancialmente por efectos de flujo de caja sobre algo es otra cosa, entonces que esos sobrantes se pueden distribuir en los demás sectores o territorios de Colombia incluso para considerar el pago de la deuda con el Fomag, ese artículo sinceramente yo le sugiero respetuosamente retirarlo y más bien abordar un tema que sí tenemos que abordar y yo creo que el gobierno se cuida mucho de eso porque es que también le damos muy duro, el gobierno se está cuidando de presentar la reforma pensional, porque está esperando quien le va a meter un mordisco a eso entonces lo que yo sugiero en vez de meter esos artículos saquémoslo, saquemos el artículo 114 que no tiene ni pie ni cabeza eso es una ofensa hacia el concepto pensional de Colombia y trabajemos armónicamente con el gobierno una reforma pensional de fondo que le ayude al país, que le ayude al pueblo de Colombiana y sabiendo que aquí no hay perfecto, perfecto solamente es Dios, pero el resto podemos trabajar para mejorar un poco más el sistema pensional que ahora tenemos en Colombia, muchísimas gracias señor presidente, gracias Ministra, gracias Ministro.

**Señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Tiene el uso de la palabra Senador: Carlos Meisel Vergara.

**Honorable Senador doctor Carlos Meisel Vergara:**

Muchas gracias señor Presidente un saludo muy cordial a todos, ahorrare el tiempo en saludo; para hacer lo más breve posible, a mí me complace doctor Arias que explique también la teoría de los tres huevitos, la explica mejor que un poco de gente, con una sola aclaración el tercer huevito se llamaba cohesión social, no tenía nada que ver o no hacia subjetivamente al otro término, yo que pena pero yo no puedo permitir que aquí el dolor de un enfermo mal tratado se adueñe un solo sector político, porque nos duele a todos Aída, nos duele igual las deficiencias que sabemos que tiene este país en el sistema de salud y que se encontró este señor hace menos de un año, un problema incubado que data de muchísimo más tiempo del que él lleva en esa cartera y yo creo que hay que ser sensatos con ese tema no le causa bien al país tratar de desbaratar cualquier intención antes que empiece, en la intención de mejorar un tema complejo como lo es la salud, porque además pareciera que solo dolieran los de forma más maltratados de la actualidad, pero cuando más de la mitad de los colombianos no contaba con cobertura en salud y también se morían los colombianos a eso muy poco se hace alusión y que pena Aída pero ambos muertos duelen y nos duelen a todos los sectores políticos como estoy seguro que también le duele a usted, yo quiero darle tres temas doctores ministros y de tres grandes retos que tiene el sector.

Primero, claramente la corrupción y yo quisiera pedirle Ministro puntualmente que se actualice cuanto antes el registro este que existe de los interventores, no podemos tratar de sanar un sistema de salud cuando solamente están facultados para intervenir entidades que han sido quebradas por la corrupción a un grupo selecto que existe en una base de datos, yo creo que se llama Rilco, creo que se llama, necesitamos actualizar rápidamente eso porque no vamos a salir del atolladero porque el que llega a intervenir un hospital en su gran mayoría y no soy amigo de generalizar pero estoy seguro que en mucho de esos interventores han estado amangualados en el tema de la corrupción en el sistema de salud que lleva aquejando su cartera, segundo el reto de lidiar la inequidad que hay entre el sistema contributivo y subsidiado y en este segundo reto la imitativa privada juega un papel fundamental el 82% de los colombianos en este país trabajan en Pymes no en las grandes Multinacionales no en la Coca-Cola, no en Ecopetrol y tenemos nosotros que tratar de fortalecer y creemos que todas la medidas económicas que ha adoptado este gobierno, están tratando de fortalecer y dinamizar esta economía para que se creen aquí y se abran espacio de trabajo

mejores y en una mayor proporción doctora Ministra, tercer reto la claridad claramente, yo creo que la ley que se aprobó en diciembre hace escasos tres meses faculta a la superintendencia le da un poco de dientes, a la Superintendencia a empezar a evaluar cualitativamente las EPS y las IPS, que no estén prestando un buen servicio para ver si por fin salen.

Por último y en concordancia a la brevedad a la que me comprometí, yo invito a un sector político del país sin dar nombres a que tengamos una discusión más sensata con las realidades fiscales que tiene el país, si aquí estuviera la Ministra de Educación, dijéramos que la prioridad del país es la educación, si aquí estuviera el alto comisionado para la Paz dijéramos que este país tenemos que enfocar todos los recursos hacia la Paz, si aquí estuviera el Ministro de Agricultura dijéramos lo mismo con el agro, y yo no estoy diciendo que todos los sectores integralmente no sean importantes pero tenemos una realidad fiscal, tenemos unos grandes retos en temas Económicos que yo creo que sensatamente deberíamos empezar a hablarle al país de ellos y en medio de todas las dificultades tratar de salir adelante con unas discusiones menos agresivas y más productivas y más recursivas, muchísimas gracias señor Presidente.

**Señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Gracias Senador MEISEL, tiene la palabra el Senador Nicolás Pérez.

**Honorable Senador doctor Nicolás Pérez Vásquez:**

Gracias señor Presidente, un saludo especial a la Ministra de Trabajo la doctora Alicia Arango; al Ministro de Salud doctor Juan Pablo Uribe; a la Viceministra de Salud doctora Diana Isabel Cárdenas, y a todos los colegas, compañeros de la Comisión Cuarta, lo primero Senadora Aída yo tampoco quiero que usted se lleve cada vez que venga aquí diga que hay una cantidad de médicos que se ganan muy poquito y que aquí podemos salir a pagarles pasar de 7 millones a 20 millones le recuerdo que estamos justamente en la comisión de presupuesto; donde aquí hemos estudiado el Presupuesto General de la Nación, un millón de veces y sabemos de la inflexibilidad en el presupuesto, entonces salir a decir que le aumentemos los salarios de 7 a 20 es muy fácil pero cuando vamos a revisar el detalle de las finanzas públicas es muy complejo, entonces dar esa sensación en público que somos el resto los que no queremos subirle el salario a los médicos no es correcto, también critica que las empresas privadas no funcionen, las públicas tampoco, las de economía mixta tampoco, ya no queda más cuál criticar, yo lo que sí invito es que trabajemos en tener unas propuestas puntuales y señor ministro ahí me quiero yo concentrar un ratito.

Yo tengo una preocupación muy grande por el tema del no POS yo soy Senador vengo del

departamento de Antioquia y usted conoce esta problemática mejor que cualquiera, que sabía salud ese tema del no POS está acabando con las Gobernaciones y yo en el tema del no POS le sumo otra preocupación grandísima y es en el artículo, no sé si quedó en el mismo número pero es el 126 que habla de los usuarios no afiliados y ahí lo que estamos hablando es finalmente de los venezolanos y yo ahí tengo una sugerencia para hacerle al gobierno y se la quiero hacer llegar en cabeza suya Ministro, se ha flexibilizado la regla fiscal desde la semana pasada, estamos hablando de cerca de 5 billones de pesos y la explicación de la flexibilización de esa regla fiscal obedece a los venezolanos particularmente, en el tema de salud pero yo le estoy viendo que esos recursos le lleguen a las Gobernaciones ni a los entes Territoriales a través del presupuesto y ustedes en ese artículo en el 126 le están pidiendo a los entes territoriales que se hagan cargo, no solamente del no POS, si no de esos usuarios no afiliados, Ministro ahí le dejo esa cuñita porque me tiene preocupado y si flexibilizamos esa regla fiscal con ese fin pues debemos hacerle llegar esos recursos a las entidades territoriales, en temas de salud yo creo que hemos avanzado muchísimo en Colombia Senadora Aída y usted que ha sido una crítica permanente de la Ley 100, le recuerdo en 1993 la cobertura de salud de los colombianos era del 33% hoy en 2019 estamos en el 97% es claro que tenemos que trabajar ya no solamente en ese poquito de cobertura porque la función de nosotros desde el legislativo y ayudándole al Gobierno Nacional es que haya cobertura del 100% pues tendremos que trabajar también en esa calidad en el tema de salud, Ministro he oído en algunas intervenciones y en eso le quiero reforzar y manifestarle todo mi apoyo en el tema de la telemedicina, aquí nosotros tenemos que ver con los recursos que tenemos en salud cómo podemos optimizar eso, todo el apoyo y desde acá yo me ofrezco a ayudarle, en eso podemos avanzar bastante, otra propuesta que la hemos visto y a veces se queda solamente en discursos es el tema del manual tarifario y cuando vemos cual es el problema de salud, vemos que hay unos costos excesivos hoy realmente el sistema tiene una iliquidez grandísima y nosotros no solamente tenemos que darle liquidez; sino que tenemos que darle volver sostenible el sistema y cuando vemos que en el sistema de salud se está pagando en promedio hoy en algunas entidades a 270 días algunas intervenciones algunos elementos que valdrían x, hoy lo facturan a 3 o 4, 5 xs por un tema de fondeo.

Porque finalmente los que están vendiendo los servicios y los bienes obedecen a un ejercicio más médico a un ejercicio de tasa de interés entonces nosotros hoy lo que debemos ministro es tener un manual tarifario; no permitir que aquí una ecografía cobren 5 y 6 veces y eso lo tiene que hacer el gobierno porque no tienen razón de ser que hoy tengamos un sistema que esté cobrando 5 y 6

veces los valores iniciales, finalmente a mí me ha gustado mucho ese proyecto de ley que endurece las multas a través de las Superintendencia de Salud, para que a la gente le dé miedo robarle al tema de salud aquí y eso lo tenemos que seguir fortaleciendo; pero cuando empezamos a ver Ministro las cifras de salud de cuánto se debe no hay claridad y ahí no solamente tenemos que endurecerlas multas si no que tenemos que darle todos los dientes a la Superintendencia y al Ministerio para que auditen esas cifras porque yo he oído mil cifras distintas de cuál es el problema de salud entonces le pido ministro que hagamos una auditoría y sepamos realmente cual es el valor que hoy tienen problema en el tema de salud, finalmente hay otro tema que a nosotros nos pone en problemas no solamente el tema de salud si no el tema pensional y es la informalidad y yo en eso Ministra la quiero felicitar a usted porque hoy nosotros lo que tenemos es, que buscar soluciones de cómo formalizamos la mayor cantidad de gente posible en Colombia lo mencionaba Juan Luis, que hoy tenemos unas tasas de natalidad más parecidas a los países desarrollados a los países emergentes pero eso nos va a molestar a largo plazo en el sistema pensional de la prima media entonces, Ministra aquí tenemos que buscar muchas soluciones todas las que sean necesarias para formalizar la mayor cantidad de colombianos posibles, porque eso no solamente nos va a ayudar a solucionar el tema de la salud sino el tema pensional, Presidente muchas gracias.

**Honorable Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias Senador Nicolás, tiene el uso de la palabra el Senador Felipe Lemus y después Laureano Acuña, y después el doctor Samy Merheg.

**Honorable Senador doctor Juan Felipe Lemos Uribe:**

Muchas gracias Presidente, me voy a demorar como una hora no mentira Presidente espero me dé el mismo tiempo de mi compañero, Wilson y mi compañero Milton y a mi compañera la doctora Aída, cuando yo planteo en este escenario el concepto de la economía mágica, apreciado Wilson no es concepto vago, no es una expresión que surja de mi causa personal, es un concepto que efectivamente estudiosos en estas materias económicas han venido desarrollando para señalar aquellas posiciones de algunos sectores que no están en el ejercicio del gobierno y que desde la retórica desde el planteamiento le hacen pensar y creer a la opinión que es posible todo los problemas sociales que tiene un determinado país y que las políticas que aplica el gobierno de turno o son irresponsables o son inequitativas o no corresponden a las realidades sociales, y como yo sé que usted es asiduo lector de Piketty porque cuando usted y es una discusión académica que usted plantea y voy a referirme primero a esa discusión académica luego me voy a meter a

estos temas puntuales de salud y Plan Nacional de Desarrollo, cuando usted manifiesta que la desigualdad y el problema de inequidad en el país obedece exclusivamente al modelo capitalista o neoliberal está desarrollando esa tesis de Piketty, es Stiglitz contradice, Stiglitz, plantea que no es cierto lo que dice Piketty, que no es verdad que la desigualdad sea la consecuencia natural del capitalismo o del neoliberalismo, manifiesta el que en un escenario democrático como el nuestro es necesario que confluyan las inversiones del sector público y también doctora Aída las inversiones del sector privado y que en esa medida los defectos del modelo pueden ir resolviéndose en el mediano y en el largo plazo y cuando lee esas expresiones de quienes hoy son los economistas más importantes a nivel mundial y las compara con estudios realizados por economistas latinoamericanos que se han dedicado a analizar el problema de la desigualdad de diversos sectores políticos y orientaciones ideológicas y todos concluyen parecido Wilson que es un problema que viene desde la Colonia y que la manera en como la desigualdad ha venido disminuyendo obedece desde luego a la inversión social que los gobiernos y el Estado han venido haciendo en todo los sectores sociales y comparto lo que decía mi compañero del Centro Democrático que los recursos hay que redistribuirlos.

No se puede como ustedes lo plantean, quitar allí para poner aquí, decían ustedes es que son muchos los recursos que se entregan en materia de seguridad y cómo no hacerlo si es que Colombia y me excusan que me vaya tan atrás allá en 1810 mi apreciado doctor Wilson ha sido un país que ha estado en permanente confrontación, no hay un solo momento en la historia de Colombia en la que no haya habido confrontación política, los patriotas se dividieron entre centralistas y federalistas recuerde usted ese periodo de la patria boba; recuerde usted la denominada guerra a muerte entre 1814 y 1816; recuerde posteriormente el fraccionamiento entre bolivarianos y santanderistas que dio lugar también a una guerra civil, acuérdesese de la guerra de los supremos de 1940, vallase a 1899 a 1902 la guerra de los mil días, váyase a 1930 a 1946, 1948 violencia Liberal conservadora posterior 1957 Frente Nacional y lo que sucedió de ahí para acá y le digo eso porque nosotros no podemos tapar la cabeza descubriendo los pies, y a nosotros como congresistas más allá de ese discurso para exasperar los ánimos para debilitar la institucionalidad del Estado Colombiano frente a la opinión, tenemos la responsabilidad aquí de hablar con suprema prudencia y objetividad y voy a referirme aquí a un estudio reciente realizado por la doctora Suzanne Duryea, hace poco realizó una investigación desafíos para políticas sociales en un contexto macroeconómico menos favorables, concluye ese estudio apreciado doctor Wilson y muy su pesar que durante los últimos 15 años América Latina y el Caribe han realizado enormes esfuerzos para reducir la pobreza y mejorar los

resultados sociales la pobreza extrema por ejemplo se redujo en más de un tercio paso del 19,3 al 12% en el 2014.

Le voy a poner otro ejemplo, lo mencionaba a usted apreciado doctor Castro, el tema de la mortalidad como esa mayor inversión del Estado que ya voy a llegar a Colombia en los temas sociales, Educación, Salud, Infraestructura ha venido permitiendo que esas brechas de desigualdad hayan venido reduciéndose en los últimos 20 años, en el 2000 pasamos de 32 muertos niños a 18 muertes por cada 100 mil niños; del 2000 al 2014 aumentaron los índices de escolarización y aumentaron también los índices como lo advertía mi compañero Nicolás; los índices de cobertura y hago alusión a eso apreciado Wilson, porque cuando uno compara los niveles de inversión de los países latinoamericanos en el gasto público Social, observa que a pesar de la enorme dificultad que enfrentan estos países subdesarrollados, que pasa por los bajos niveles de ingreso por un sistema fiscal deficiente que no tiene Aída usted que tuvo la posibilidad de vivir por allá en suiza, nada que ver con lo que allí pasa, mientras allá se reciben alrededor de entre el 40 y el 50% de ingreso del producto interno bruto, aquí nosotros escasamente llegamos al 14% y aterrice Wilson, ese señor que dice que la desigualdad es la consecuencia natural del Neoliberalismo, plantea más adelante en su libro el capital del siglo 21 que claro es más fácil hablar de desigualdad e inequidad desde la barrera; pero otra cosa es cuando se está en el gobierno y ese 15% de ingresos obliga o permite y hay estudios que muestran que con ese nivel de ingresos el Estado escasamente tiene cómo tratar de resolver los problemas principales y aun así Colombia mi apreciado Wilson en materia de salud está invirtiendo cerca del 3% del producto interno bruto de la nación y en materia de educación llegamos al 4,2% tal vez los niveles más altos en los últimos años y comparados más importantes del continente.

Pero ya habrá tiempo para que sigamos discutiendo sobre inequidad, sobre desigualdad, vamos a referirnos al tema de la salud que ha sido referencia a que el Estado ha venido haciendo una inversión significativa desde luego de acuerdo con las capacidades y limitaciones fiscales y presupuestales que se tienen, le escuche doctor Juan Luis, un tema que también se lo escuché a la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado, hospitales públicos, que comparto señor Ministro plenamente, existe el temor en los gerentes de los hospitales públicos de esa modificación que se hace dentro de lo que ellos denominan y ustedes denominan o se denomine la ley del giro obligatorio directo; en el modelo actual se establece que ese giro es obligatorio cuando se trata de régimen subsidiado y cuando se trata de régimen contributivo; hoy la ley establece que es solamente para las EPS que están en vigilancia especial, efectivamente como lo advierte Juan

Luis; en el texto de la ponencia que aprobamos para segundo debate el gobierno incorporó la palabra podrá, significa eso que ese avance que se pretendía no solamente en el régimen contributivo se refiriera a aquellas entidades que tienen vigilancia especial si no también para todas la EPS quedaría, la medida en que esa palabra se mantenga porque será, ya no una obligación si no una potestad que tenga el gobierno nacional de hacer giros directos según lo considere el agente de turno del gobierno, también Juan esa no se la escuché seguro estaba distraído pero tal vez la dijo si soy reiterativo en eso excúsenme en la ley de punto final que estoy muy contento porque la doctora Aída la va a votar, va ser el único artículo que vote en el Plan Nacional de Desarrollo. No se incluye el saneamiento de recursos entre EPS e IPS por concepto de cartera correspondiente a los servicios prestados con cargo a la unidad de pago por capitación o incluidos en el plan de beneficios que es el grueso de la cartera y se limita a lo no incluido en la unidad de pago por capitación, y un tercer tema el tema de la formalización una de las grandes dificultades que vienen enfrentando el sector en la prestación de servicios de la salud, es la tercerización señora Ministra, gran parte de las entidades apreciada Aída ha venido utilizando el modelo de tercerización con el ánimo o con el objetivo de reducir los gastos de funcionamiento y trasladar la responsabilidad en el manejo de las nóminas en el manejo de todo lo atinente al sistema de seguridad social de los trabajadores o de las personas que prestan el servicio han venido trasladando esa responsabilidad y contratan vía empresas a través de la intermediación los médicos, las enfermeras y aquellos funcionarios o personas que cumplen esa responsabilidad, si uno lo analiza desde la perspectiva fiscal de reducción de gastos de los hospitales eso tiene sentido pero en contra vía de los derechos de los trabajadores de las personas que cada vez por la vía de los contratos de prestación de servicios o los contratos a término fijo que utilizan esas empresas a través de las cuales se terceriza el servicio pues va desde luego degenerando los derechos laborales de esas personas y diezmando la calidad en la prestación, que ese es el gran dilema señora Ministra que usted está enfrentando hoy, lo que pasa siempre Wilson siempre llegamos al mismo escenario todos esos cambios modificaciones valen plata el tema de fondo es de donde vamos a sacar esos recursos sin ir en detrimento de otros sectores que también los necesitan.

Y en el tema de salud sí que eso aplica recuerden ustedes que la Ley 100 que nos es mala, yo discrepo de quienes tienen ese concepto cuando se proyectó señor Ministro se proyectó sobre la base de que hubieran más personas en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado pero con el transcurrir de los años esa proporción que en principio estaba 53 contributivo 45 subsidiado en estos días doctor Wilson a usted que le gustan las cifras a cambiando, eso significa que de entrada el

modelo tiene una des financiación porque cuando yo proyecto los ingresos sobre el número de contribuyentes para poder garantizar la cobertura de aquellos que están en el subsidiado eso cambia ahí ya hay un hueco fiscal de entrada y yo le decía al ministro y yo quisiera que me explicara mejor porque yo no soy especialista de estos temas de salud, cómo se va a resolver ese problema han hablado de revisar o de sacar adelante un nuevo Sisbén, de constatar y verificar efectivamente quienes deberían estar en el régimen subsidiado y quienes deberían estar en régimen contributivo, porque hay muchos colaos en ese régimen subsidiado y eso le está haciendo un daño muy grande al sistema y para no cansarlos más, quiero doctor Wilson rematarle con esta frase, de Piketty; no obstante lo anterior, **“el hecho de estabilizar los gastos públicos sociales en proporción al ingreso nacional es en sí un desafío siempre más fácil de prometer desde la oposición que de llevarlo a cabo una en el poder”**. Muchas gracias presidente.

**Honorable señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias Senador Felipe Lemos, les quiero decir a los colegas que faltan por intervenir, que hay congreso pleno a las dos de la tarde entonces vamos a terminar intervenciones de los colegas y dejamos para la próxima semana después de Semana Santa la intervención de los ministros para que den respuesta y no actuemos ligeramente y de pronto le doy réplica doctor Wilson para que le responda a Felipe Lemos, tiene el uso de la palabra el doctor Laureano Acuña y después Samy Merheg,

**Honorable Senador doctor Laureano Acuña Díaz:**

Gracias Senador Presidente, celebro que en buena hora se de este debate, celebramos que la presencia del Ministro Uribe; la doctora Arango y que estén aquí, es un ejemplo de que el gobierno nacional acude al llamado de este Congreso y he escuchado con detenimiento las exposiciones de cada uno de mis colegas y he notado el interés general en el tema de la salud que es lo que nos preocupa a todos nosotros, lo que está sucediendo realmente con la problemática de nuestra gente independientemente al modelo señor Presidente al modelo operativo establecido en la Ley 100 aquí hay una realidad Social, yo estuve analizando el cuestionario que se le presento al Ministerio de Salud y en sus primeras líneas el Ministerio de Salud establece como medidor la posibilidad o la capacidad que tiene cada ente hospitalario para atender a la gente; mas no doctor Córdoba de la calidad del servicio, que debería otro indicador importante para poder saber realmente cuál es la queja del paciente colombiano o del usuario de la salud o cuál es la realidad de lo que está pasando en Colombia.

Mire señor Ministro el modelo operativo establecido en la Ley 100 definitivamente merece una nueva ley que reforme el sistema de la salud esa discusión no es una discusión como diríamos nosotros de vieja data que venimos procurando por ella y que esperamos que en este gobierno se presente una ley acertada; que no solamente modernice sino que vuelva eficaz el recurso y que vuelva eficaz la atención al paciente pero a mí me preocupa doctor Miguel Amín la situación que se vive en cada uno de los municipios de este país, las ESE mi querido doctor Juan Felipe se están convirtiendo en la caja menor de algunos sectores que han politizado la salud en el país, y eso conlleva a que no exista ninguna atención primordial, eficaz, idónea, sobre los enfermos de nuestra nación en el departamento del Atlántico tengo que señalar que la queja permanente es la politización completa por parte de algunos actores que no permiten que fluya el verdadero objetivo que tiene la prestación del servicio y es así como usted ve que la plática que debe de rendir, que se manda a través del sistema general de participación, esos recursos endógenos y exógenos por los diferentes fuentes que se dan del orden nacional y local terminan invertido mi querido Ministro en la contratación de un personal que no se contrata por su idoneidad académica si no por la cuantía electoral y a mí me parece que le hace daño a un país que está mirando con otra visión lo que realmente se debe hacer y se debe dar, por otro lado veo con preocupación cómo se prioriza el pago de los proveedores mas no el pago ni la compra de lo que se necesita para poder prestar un buen servicio, ni el pago de los trabajadores, ese tipo de situaciones Ministra a uno le duele, cuando uno llega a un hospital como el de Malambo donde se recibió a un niño, doctor Miguel Amín de 4 años que se convirtió en noticia nacional y por la incapacidad por la mediocridad del personal médico contratado, incluso por la mala remuneración un médico que este bien capacitado no acepta un mal pago, no acepta estar mal remunerado, le dieron el dictamen, el dictamen de una virosis y los dos días murió en la clínica del Caribe con un dengue demasiado avanzado;

Ese tipo de situaciones no se presentan solamente ahí, si no que se presentan a diario y la queja es permanente, veo en este cuestionario las respuestas por parte de Planeación Nacional, que debo también llamar la atención señor Presidente, que este cuestionario de Planeación Nacional nos llegó en el día de hoy a las 11-15 once menos cuarto de la mañana y eso hay que corregirlo por parte de los entes que deben suministrar la información con tiempo; veo en este cuestionario que se habla de la posibilidad de una gran inversión para infraestructura física, pero mucho más allá en estos cuatro años de la inversión en infraestructura física deberíamos pensar en la inversión en el ser humano, el paciente Colombiano no merece más abuso de quienes manejan estos centros hospitalarios, pensando que son una caja menor

de ellos y no teniendo claro que merecen es ser bien atendidos, yo solamente quería decirle Ministro que todo lo demás que se está haciendo y todo lo demás que se plantea en sus respuestas en cuanto a la promoción y prevención para mejorar la salud, en el papel está muy bien pero tenemos que llevarla a la realidad y la practica en los hechos que verdaderamente conlleven a que el paciente colombiano sea bien atendido, no es fácil encontrar una persona de escasos recursos que se sienta satisfecha cuando le ponen la cita con el especialista a los dos meses e incluso la persona muere y los dos meses ya la cita se perdió, eso hay que mejorarlo, no es fácil, no todo el mundo tiene la capacidad para tener una medicina prepagada, no es fácil ver cómo la gente se siente sin una posibilidad, sin una luz que verdaderamente le sirva para sentirse protegido por el Estado; es ahí donde yo creo que hay que enfatizar, es ahí donde yo creo que hay que trabajar para el servicio de la salud verdaderamente se preste como lo merece el pueblo de Colombia. Muchas gracias Presidente esa era mi intervención.

**Señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias doctor Laureano Acuña, habla el Senador Samy Merheg,

**Honorable Senador doctor Juan Samy Merheg:**

Gracias Presidente, el Senador Laureano se extendió demasiado y me dejó solamente 7 minutos para intervenir, saludar al Ministro de Salud, doctor Juan Pablo Uribe, bienvenido Ministro esta ha sido una Comisión que ha defendido siempre cualquier proposición que vaya dirigida a mejorar la salud en el país y especialmente a mejorar la red hospitalaria pública del país, a la Ministra Alicia Arango un placer tenerla por acá Ministra ya hemos dado algunos debates donde hemos logrado con argumentos mejorar muchos temas de las proposiciones del Plan de Desarrollo referente al Ministerio que usted lidera y este escenario es muy propicio para ordenar dos o tres temas que tienen que ver con salud pero que le competen a usted como Ministra de Trabajo, yo quisiera para no demórame tengo 6 punticos muy claros como ustedes vuelven en la próxima sesión después de semana santa para que nos tengan alguna respuestas frente a eso, dado que ya mis compañeros yo creo que dijeron casi todo lo que había por decir, evidentemente el sistema tiene un problema muy grave y el problema además de los que anunciaba el Senador Lemos, también nace de una realidad que no pudimos prever en su momento y es pasar de una cobertura Juan Luis de 40, 50, 60% en algunas regiones a una cobertura de más del noventa (90%) eso implicaba de por sí ya un costo fiscal muy grande que el país, no estaba preparado para asumir y si a eso le agregamos que vía tuteladas y vía demandas las Cortes están ampliando el portafolio pues terminamos en un escenario todavía más ácido en

términos fiscales y eso obviamente ha generado en gran medida en hueco fiscal que hoy tenemos en el caso de muchas regiones, en el caso de Risaralda Ministro, Risaralda es un departamento que no tiene recursos suficientes para soportar esa financiación que le está exigiendo el sistema a los hospitales públicos, por la vía de la demora del pago de la EPS

Pero si a eso usted le agrega que allá solo dos EPS tienen el 90% de los afiliados evidentemente cuando esas EPS que están en problemas John Milton entran en un proceso de jinetear la cartera porque pasan de un hospital a otro a una clínica y allá solo pagan en 20% de lo que deben en el primero y allá también incumplen y cuando llegan sus carteras muy altas pues les toca regresar y empiezan a jinetear, ese déficit financiero que tienen queda inmerso el hospital como el de Risaralda el San Jorge, en una realidad financiera muy difícil y si a eso le agregamos Juan Luis, doctora Aída, que el Estado le paga en menos de 30 días a las EPS, pero las EPS trasladan el pago en un promedio de seis meses a los hospitales públicos, terminamos en el peor de los mundos y por qué hago referencia a Risaralda porque otros departamentos han logrado Ministro, mantener la red hospitalaria pública porque han tenido que generar recursos propios, recursos adicionales para que ese sistema, para que su red hospitalaria se mantenga viva; como es el caso del Valle, John Milton, la gobernadora Dilian Francisca, le ha invertido más de 180 mil millones de pesos a su red hospitalaria, para funcionamiento esos recursos no los tiene otros departamentos.

Con esos recursos no cuentan departamentos pequeños como Risaralda y mucho menos departamentos pobres y alejados como los de los Territorios Nacionales, entonces ahí tenemos que revisar que vamos a hacer con eso; cómo vamos a soportar ese problema de que los recursos lleguen tardíamente porque esa financiación va a ir, como decía Lemos, en contravía de las finanzas de los hospitales hoy los proveedores de los hospitales tienen que incrementar los precios de sus medicamentos o de sus insumos médicos, porque saben que el hospital les va a pagar a un año, a siete meses, a ocho meses, porque además de eso vienen amenazas de pronta de liquidación del hospital y entonces la plata se pierde esa es una realidad caótica hoy Ministro, que todos estamos dispuestos a ayudarlo, todos queremos salvar la red de salud, todos queremos que haya una salud en el país donde nos sintamos orgullosos y usted está hoy como referente en este proceso en este escenario Ministro, obviamente con una gran hoja de vida que nos da la tranquilidad de saber que debemos ir por buen camino, estamos listos aceptar ese liderazgo suyo Ministro, pero salvemos la red hospitalaria de Colombia es fundamental que lo hagamos, hay un tema que yo creo que también es importante que se tenga en cuenta, lo mencionaba alguno de mis colegas, la reglamentación no solo de

los medicamentos que ya se ha adelantado mucho en eso y se ha ahorrado mucho recursos vía definir precios de los medicamentos, pero ahí tenemos un problema en los servicios de las intervenciones Ministro, en el caso del eje cafetero una operación en un departamento llámese Risaralda cobran 45 millones de pesos por allá cuesta 45 millones, en Caldas cuesta 25, en el Quindío 18.

Hay que reglamentar un poco eso, porque si no, no va hacer fácil acabar con la corrupción que existe en todas las redes hospitalarias y en todo el país y en todo los sectores, esto no es un problema del sector salud únicamente, yo quisiera mencionar dos temas que son muy importantes Juan Luis, felicitarlo por el debate, felicitarlo por traer este tema, acá nos ausentamos y llegamos un poco tarde, porque estábamos en la discusión del Plan de Desarrollo, pero queríamos acompañarlos en este proceso porque ya que es muy importante para el país, obviamente ese tema de haber cambiado la palabra deberá por podrá, en la obligatoriedad que se debe generar en ese giro directo no lo vamos a acompañar en el Plan de Desarrollo, Ministro yo le pido a usted encarecidamente démosle dientes a esos artículos del Plan para que realmente le terminen resolviendo a su sector unos problemas muy graves, muy importante en el proceso de punto final, en el proyecto de punto final en los artículos que defienden la política de punto final hay un tema que inquietan a todos los hospitales públicos yo creo que esta comunicación nos llegó a todos del gremio de hospitales públicos del País y es que no definen cómo se va a pagar la cartera que se tienen con esos hospitales públicos, vea Ministro alguien la va a tener que pagar, por desgracia va a ser el gobierno el que va a tener que buscar alternativas de pago, porque si no hacemos eso Ministro con el corriente ya no existen los hospitales, hoy no tenemos cómo aguantar esa presión financiera que le está recayendo a los hospitales públicos a menos que el Estado esté pensando en que sea mejor buscar una metodología de privatización y hagámoslo sobre la mesa, donde podamos dar el debate Aída, porque así como va al ritmo que va no es posible, los hospitales hoy reciben menos de lo que necesitan para funcionar y eso es una realidad nacional.

Hay un tema importante que también falto meter en el Plan de Desarrollo el tema de la acreditación de los hospitales públicos, Ministro los hospitales públicos tengo entendido que para el 2020 deben estar acreditados se vence el plazo de acreditación los Universitarios como es el caso del San Jorge, Ministro en esta crisis financiera que hay en la red de salud es imposible lograr acreditar un hospital hoy los hospitales tienen que estar pensando día a día si pagan la nómina, o pagan los medicamentos, o pagan los servicios o invierten en acreditación o que hacen , no alcanza para todo, entonces yo ahí le

pido el favor que miremos si podemos ampliar esa plaza con el seguimiento de ustedes como Ministerio y obviamente de la Superintendencia de Salud no es un tema caprichoso, hay un tema laboral que es muy importante y lo decía el senador Lemos ya para ir terminando, ya voy a terminar presidente y le pido el favor me quedan tres minutos, el tema de la formalización de la planta de personal Ministra Alicia y Ministro, muchos hospitales o algunos hospitales del país cumplieron con la reglamentación de formalizar la planta de personal pero el Estado no calculo cuál era el costo de esa formalización y lo que está sucediendo en muchos hospitales y este es uno de los problemas graves que tiene el San Jorge, claro hay que formalizar yo no es que este diciendo que no se haga, debe hacerse pero el hospital San Jorge de una vez formalizó 400 personas desde ese momento Ministra Alicia a hoy el sobrecosto de esa formalización porque les ha tocado inclusive contratar más empleados, porque en esa formalización se acogieron el sindicato y ya no estaban digamos en las condiciones que venían trabajando Ministro, sino que ya estaban exigiendo unas condiciones distintas laborales le tocó al hospital contratar otra gente adicional para cubrir los espacios de tiempo y poder prestar el servicio permanentemente esos sobre costos Ministra, han generado un déficit adicional que no solamente en el hospital San Jorge si no en muchos hospitales del país.

Otros fueron un poco más prudentes y más osados y evitaron esa formalización y lo han venido haciendo muy poco a poco, no es el caso del San Jorge, el San Jorge se metió de cabezas en ese proceso y hoy está pagando los platos rotos que el gobierno no le ha dicho cómo lo va a ayudar a resolver y por último ministra yo llevo 8 años en el congreso desde hace 8 años venimos esperando nueve años ya casi, venimos esperando la reforma a la ley de salud, vea Ministro todo lo que usted quiera hacer en el plan de Desarrollo para darle espacio a entrar en el debate de la reforma de salud para darle la posibilidad a usted y el tiempo para que lo haga lo vamos a acompañar si va en la vía de salvar la salud de Colombia y la red hospitalaria de Colombia pero esto es un tema temporal yo creo que el tema de fondo si es la gran reforma a la salud y en ese tema Ministro lo invito a que no suceda a lo que sucedió en los 8 años anteriores que nos quedamos esperando esa reforma Wilson y no pudimos ver un nuevo sistema de salud diseñado por ustedes pero avalado por nosotros que nos dé un poco más de tranquilidad y le quite la posibilidad a las EPS a que sean los que definan para dónde va el recurso, entonces Ministro lo acompañamos en el Plan de Desarrollo en todos los artículos obviamente John Milton acompañaremos sus proposiciones que son muy válidas, pero si le pedimos el favor Ministro rápidamente preséntenos un borrador de esa reforma y empecemos a trabajarle a ese tema que esta comisión que la de presupuesto con toda

seguridad va a dar la batalla para que para ese escenario con la nueva ley de salud consigamos los recursos que se requieren, para darle tranquilidad al país. Muchas gracias.

**Honorable señor Presidente doctor Miguel Amín Escaf:**

Muchas gracias Senador Samy Merheg, sometemos a consideración la continuidad de este debate para la próxima semana después de semana santa, lo aprueba la comisión.

**Señor Secretario doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Así lo quiere señor Presidente.

**Honorable señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Le agradecemos al señor Ministro; a la doctora Alicia Arango su presencia y también vamos a pedir que estén presentes la Directora de Planeación Nacional, que no vino en el día de hoy y a los funcionarios, vamos a anunciar unos proyectos y unas proposiciones, entonces solicito que las aprobemos y levantamos la sesión.

**Señor Secretario doctor Alfredo Rocha Rojas:**

Sí señor presidente; tenemos una proposición en Secretaría adicionando a la proposición 16, que es la citación al Director Nacional del SENA que es un tema que tiene que ver con la evolución presupuestal del SENA, es de parte del Senador Wilson Neber Arias Castillo y es un cuestionario de 33 preguntas puede ponerlo a consideración.

Queda aprobado señor Presidente, me permito anunciar para próxima sesión por instrucciones tuyas para discusión y votación los siguientes proyectos de ley, el **Proyecto de ley número 43/2018 Senado, por medio de la cual se crea el instituto colombiano de las personas mayores;** presentado por los honorables Senadores Miryam Paredes Aguirre, Juan Diego Gómez, Laureano Acuña, y otros el ponente es el Senador Laureano Acuña. **Proyecto de ley número 145/2018 Senado, por medio de la cual se incentiva la transparencia la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afectan en la vida Económica, Política, Administrativa y Cultural de la Nación y del orden Territorial,** presentado por el Presidente de la República Iván Duque Márquez y varios Senadores el ponente es el Senador Carlos Meisel, esos son los proyectos señor Presidente.

**Honorable señor Presidente doctor, Miguel Amín Escaf:**

Se levanta la comisión y se citará por Secretaría.

Siendo las 2:09 p. m., se dio por terminada la sesión en constancia firman:

Siendo las 2:09 p.m., se dio por terminada la sesión en constancia firman:

MIGUEL AMÍN ESCAF  
Presidente

NICOLÁS PÉREZ VÁSQUEZ  
Vicepresidente

ALFREDO ROCHA ROJAS  
Secretario

## CONCEPTOS JURÍDICOS

### **CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 171 DE 2018 SENADO, 060 DE 2017 CÁMARA**

*por medio [de la] cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C.,

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Carrera 7ª N° 8-68

Bogotá, D. C.

**Asunto: Concepto sobre el Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara, por medio [de la] cual se modifica el**

*artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones.*

Señor Secretario,

Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir primer debate en esa Corporación, tercero en el *iter legislativo*, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la *Gaceta del Congreso* número 323 de 2019.

Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinente realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones:

## 1. CONTENIDO

La propuesta legislativa dispone: “[...] **Artículo 1°.** *Objeto.* La presente ley busca el restablecimiento de los derechos en atención y salud, de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel [...]”.

Desde esta óptica se estructuran los otros preceptos que hacen parte del proyecto de ley.

## 2. COMENTARIOS AL ARTICULADO

2.1. El **artículo 3°** alude al reconocimiento a “[...] la víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, como víctima de enfermedad catastrófica, con lo cual se da lugar a la aplicación de los criterios establecidos en la Ley 972 de 2005 y sus modificatorias”, con ello se busca la garantía del acceso a las tecnologías que se requieran, por lo que es dable analizar que mediante la Ley 1639 de 2013, el Congreso de la República adoptó algunas medidas para fortalecer la prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano. Además, dispuso la creación de la ruta de atención integral para las víctimas, la cual fue reglamentada a través del Decreto 1033 de 2014 –compilado en el Decreto 780 de 2016, único del sector salud–, estableciéndose como uno de sus componentes, la atención integral en salud, que incluye la atención de primeros auxilios.

De igual forma, la Ley 1438 de 2011 que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en su artículo 53, prohibió limitaciones al acceso en salud en relación con los mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que restrinjan el acceso al servicio de salud, su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios. Esta disposición fue adicionada mediante la citada Ley 1639 de 2013 incorporando el artículo 53A, que prevé: “*Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancias similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado*”. Bajo esta perspectiva, se tiene que ya existen en el ordenamiento jurídico garantías de acceso y prestación de los servicios a las víctimas de ataque con sustancias o agentes químicos.

2.2. En cuanto al **artículo 4°**, sobre: “*La incapacidad inicial otorgada por Medicina Legal a las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel, deberá ser la correspondiente al tiempo promedio que pueda emplearse en la recuperación y rehabilitación*

*de un paciente en dichas condiciones*”, se aclara que la duración de esta responde a un criterio médico asociado con la pérdida de capacidad laboral temporal, por ende, no sería posible aplicar lo referente al tiempo promedio que pueda emplearse en la recuperación y rehabilitación como se pretende. En esta materia, a través del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), los empleadores, administradoras de fondos de pensiones y EPS tienen la obligación de cubrir la incapacidad mientras el médico tratante lo considere pertinente, siempre y cuando se cumplan los procesos establecidos referentes a la evaluación de la pérdida de capacidad laboral.

2.3. En lo atinente a la propuesta de modificación contenida en el **artículo 5°**, concerniente a medidas de protección en salud, a saber: “[...] *Cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado // El Ministerio de Salud garantizará el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías que el médico tratante o especialista requiera para atender oportunamente a una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel [...]*” se precisa que el derecho fundamental a la salud en el ámbito del SGSSS, se garantiza a través de los servicios y tecnologías en salud en cumplimiento de la finalidad y las necesidades de toda la población colombiana y, en particular, de la población protegida legalmente, como son las víctimas de ataques con ácidos o sustancias corrosivas.

Aquí, es importante señalar que las tecnologías y servicios que se buscan proporcionar a las víctimas de ataques con sustancias o agentes corrosivos a la piel, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), se amparan en el marco del Derecho Fundamental a la Salud, a través del acceso a la prestación de servicios y tecnologías, esto se estructura sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, prevención, atención de la enfermedad, rehabilitación de sus secuelas y paliación, principalmente por intermedio de dos (2) mecanismos de protección:

- i) Mecanismo de protección colectiva, que mancomuna los riesgos individuales en el aseguramiento social; los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades en salud de la población.
- ii) Mecanismo de protección individual, mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro,

verificación, control y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas mediante el mecanismo de protección colectiva.

Las prestaciones de salud financiadas, mediante el i) mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales), son las que se financian con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se encuentran descritas en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos técnicos. De otro lado, las prestaciones de salud financiadas por el ii) mecanismo de protección individual corresponden al conjunto de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC, que estén autorizadas en el país por la autoridad competente (Invima, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos (CUPS), de habilitación, entre otras). Este mecanismo financia dichas prestaciones de salud a través de las entidades territoriales para los afiliados al Régimen Subsidiado (Resolución 2438 de 2018) y para los afiliados al Régimen Contributivo (Resolución 1885 de 2018). Así las cosas, en el actual escenario del SGSSS, los servicios de salud que requieran las víctimas de ataques con sustancias o agentes corrosivos a la piel se encuentran disponibles para el acceso.

En lo que tiene que ver con el párrafo 1°, en el cual se contempla que “[...] los prestadores de servicios médicos tienen la obligación de llevar un registro y reportar a las autoridades competentes [...]” cabe mencionar que el precepto no incorpora nada nuevo, dado que de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1639 de 2013, se incluyó en el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (Sivigila) el evento para que sea reportado por parte de los profesionales de la salud que lleguen a atender a este tipo de situaciones. Es más, respecto al reporte a otras autoridades, en el marco de la regulación del artículo 4° de la citada ley, se ordenó la creación de la Ruta de Atención, acción que ya se encuentra regulada en el Decreto 1033 de 2014 –compilado en el Decreto 780 de 2016, único del sector salud–.

Igualmente, al señalarse en el párrafo 2°, un tiempo de oportunidad y acceso de 24 horas a lo solicitado por el médico tratante para su atención, las entidades promotoras de salud o las entidades que ejerzan estas funciones podrán generar variaciones e inequidades por la falta o disponibilidad de recursos, no estando estimados tanto los costos, los recursos humanos, técnicos, así como la capacidad de reacción o de oferta.

En el párrafo 3°, se describe que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá verificar que las EPS garanticen las condiciones de continuidad del tratamiento, atribución que no es de competencia de este Ministerio (Cfr. Decreto ley 4107 de 2011), y que hace parte de las funciones descentralizadas de las secretarías de salud departamentales y distritales.

Adicionalmente, se estipulan actividades, tecnologías y servicios que no corresponden al ámbito de salud, en el marco de la integralidad de la atención y el reconocimiento como víctima –establecido en las normas especiales–, en cuyo caso se sugiere que las entidades territoriales, dentro de las funciones previstas en la Ley 715 de 2001, asuman a través de programas sociales, con cargo a los recursos que se destinen para tal fin.

2.4. En lo referente al párrafo 1° del **artículo 6°**: “*El Ministerio de Salud se encargará de fortalecer y apoyar las Unidades de Atención de Quemados del sistema de salud público del país, con mayor infraestructura, tecnología e inversión, teniendo en cuenta que atienden condiciones de salud grave, y son, además, focos de aprendizaje y enseñanza médica especializada*”, se debe resaltar que la competencia en infraestructura no recae únicamente en esta Cartera, sino que también hace parte de las funciones otorgadas a las entidades territoriales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2.5 En el **artículo 7°** del proyecto de ley se lee: “[...] *El Gobierno [N]acional establecerá los mecanismos y destinará los recursos económicos para el acceso a tecnologías e insumos requeridos para el efectivo tratamiento de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel [...] y le otorga la función a esta entidad de garantizar [...] el acceso al país, de cantidades industriales necesarias de los insumos que son importantes para la restauración de la dermis del paciente. Un equipo médico seleccionado de las unidades de atención de quemados del país, asesorará al Gobierno en los insumos y cantidades necesarias de los mismos para la atención de estas víctimas [...] en donde [...] [l]os recursos necesarios para implementar las medidas establecidas en este artículo, deberán ser priorizados en la programación del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social y ajustarse a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector*”. Frente a ello, se reitera que el acceso a los servicios y tecnologías que requieran las víctimas de sustancias corrosivas se encuentra garantizado en el Plan de Beneficios en Salud mediante los mecanismos de protección individual y colectiva, no siendo necesaria una fuente de financiación diferente a las ya definidas. En esa medida, esta disposición desconoce la manera en que se financian actualmente los servicios y tecnologías que requiere la población colombiana e implicaría impacto fiscal, al tener que asignar nuevos recursos para reconocer la atención de las víctimas de ataques con sustancias químicas por fuera de los mecanismos establecidos, por lo tanto el párrafo 2° del presente artículo debe ser eliminado.

2.5.1. El Plan de Beneficios en Salud, con cargo a la UPC contenido actualmente en la Resolución 5857 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección

Social, determina, en el numeral 1 del artículo 3°, lo siguiente:

**Artículo 3°. Principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC son:

1. Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante [...]. [Énfasis fuera del texto].

Igualmente, en el párrafo 3° del artículo 25, se contempla las coberturas que pueden ser aplicadas para la atención de pacientes víctimas por ataques con ácidos:

[...] **Parágrafo 3°.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la Internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante [...]. [Énfasis fuera del texto].

Ahora bien, es los artículos 32 y 36, dentro de los procedimientos del Plan, se destaca la cobertura de injertos y tratamientos reconstructivos que puedan ser requeridos para la atención de estos pacientes, así:

**Artículo 32. Injertos.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La financiación con recursos de la UPC también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

**Artículo 36. Tratamientos reconstructivos.** Los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio profesional en salud tratante.

Por su parte el anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, el cual se encuentra descrito en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), incluye diferentes procedimientos de cirugía plástica reconstructiva, así como la cobertura de terapias de rehabilitación en salud que se encuentran cubiertos acorde con las recomendadas por el profesional tratante<sup>1</sup>.

Igualmente, es pertinente indicar que dentro de la cobertura de atención en salud mental, las mujeres víctimas de violencia tienen una cobertura especial dentro del Plan de Beneficios en Salud:

**Artículo 62. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 61 de este acto administrativo, la financiación con recursos de la UPC será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario”.

**Artículo 64. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 63 de este acto administrativo, la financiación con recursos de la UPC será así:

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

**Parágrafo 1°.** A criterio del profesional tratante, la internación en salud mental, se manejará de manera preferente en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

**Parágrafo 2°.** No será financiada con recursos de la UPC la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de la salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Asimismo, las víctimas de violencia por ataques con ácidos, en caso de requerirlo, cuentan para su atención con la cobertura de los medicamentos y dispositivos de conformidad con lo previsto en los artículos 38 y 57:

**Artículo 38. Medicamentos.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia

<sup>1</sup> Cfr. <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf> y

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>, especialmente en lo relativo a “Nueva CUPS”.

los medicamentos, de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación”, que hace parte integral de este acto administrativo. Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado [...].

**Artículo 57. Dispositivos médicos.** En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3° del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo”.

A su vez, para efectos de cobro, la normatividad en comento, en sus artículos 123 y 124, lista los eventos y servicios que pueden ser considerados como de alto costo:

**Artículo 123. Alto costo.** Sin implicar modificaciones en la financiación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase como de alto costo para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios:

**a) Alto Costo Régimen Contributivo.**

[...] 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado [...] 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos [...].

**b) Alto Costo Régimen Subsidiado.**

[...] 6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física [...] 10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos [...].

**Artículo 124. Gran quemado.** Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2° y 3° grado en más del 20% de la superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona anogenital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.

5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.

6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

2.5.2. Es importante recordar que toda propuesta que implique costos adicionales a cargo de la Nación, comoquiera que ordena gasto público debe sujetarse a las normas de carácter orgánico que condicionan la expedición de leyes ordinarias en los términos del artículo 151 de la Constitución Política. Efectivamente, dentro de las normas orgánicas a las cuales debe sujetarse la expedición de leyes ordinarias, se encuentra el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, *por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.*

**Artículo 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Los proyectos de ley de Iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces. [Énfasis fuera del texto].

Esta consideración es de gran relevancia, en la medida que si no se reúne los requerimientos durante el curso ante el honorable Congreso de la República, se puede llegar a desconocer el artículo 151 superior, disposición de la cual se deriva la jerarquía prevalente de las normas orgánicas (Ley 819 de 2003) frente a las normas ordinarias.

2.6. El **artículo 9°**, casos excepcionales, describe que cuando las víctimas vuelvan a ser atacadas con sustancias corrosivas, el Estado

debe garantizar medidas especiales de seguridad y protección, sin que se definan los costos ni mecanismos de financiamiento, sobrepasando los recursos públicos destinados a salud en consonancia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y desconociendo las medidas de corto, mediano y largo plazo del Presupuesto General de la Nación y el Marco Fiscal de Mediano Plazo (Cfr. Ley 1473 de 2011).

2.7. Sobre el **artículo 11**, relativo al “Registro Único de las Víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel”, no se hace necesario la creación de dicho Registro, dado que esta modalidad de agresión ya ha sido contemplada para su registro y seguimiento en el marco del Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, ordenado por otras leyes proferidas por el honorable Congreso de la República, como lo son la Ley 1719 de 2014 o la Ley 1257 de 2008.

2.8. En materia de regulación existente, como se ha indicado, el Congreso de la República expidió la Ley 1639 de 2013 a través de la cual se adoptaron medidas de “protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido”. En desarrollo de ello, además del control a la comercialización de estas sustancias, en cuanto a la atención se refiere, se adoptan dos medidas: i. La creación de una ruta de atención integral y ii. Las medidas de protección en salud, disponiendo:

**Artículo 5°. Medidas de protección en salud.**  
Créese el artículo 53A en la Ley 1438 de 2011 del siguiente tenor:

Quando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado.

**Parágrafo.** Los prestadores de los servicios médicos tienen la obligación de llevar un registro y reportar a las autoridades competentes sobre las personas atendidas en casos de lesiones corporales causadas por ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano.

En cualquier momento la policía o las autoridades competentes podrán solicitar el registro correspondiente a los prestadores de los servicios de salud.

Como se expresó, el objetivo del proyecto de ley *sub examine* consiste en apoyar la rehabilitación y el tratamiento de las personas víctimas de ataques de sustancias o agentes químicos corrosivos, así como el restablecimiento de sus derechos a la atención y reintegración social, lo cual se logra a través de las dos vías mencionadas.

Si bien existe una especie de régimen complementario a la Ley 1639 de 2013, en general se reitera, que hay un nivel de protección acorde con la situación de las personas que sufren tales ataques, por lo que la propuesta de norma que ahora nos ocupa no se hace necesaria.

### 3. CONCLUSIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantiza el derecho a través de mecanismos, tales como: (i) Aseguramiento, esto es, el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC, más los demás programas y planes con recursos diferentes como por ejemplo, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), y el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), entre otros; (ii) Reembolso, lo cual aplica para servicios y tecnologías que no son cobertura con cargo a la UPC; y (iii) mediante acciones y programas especiales de Salud Pública y Protección Social, así como componentes del Sistema de Seguridad Social Integral como riesgos laborales, eventos catastróficos, entre otros.

Bajo ese entendido, este proyecto de ley delega funciones a las Entidades Promotoras de Salud que no están determinadas con la fuente de financiación específica que garantice su cabal cumplimiento; asimismo impone cargas al Gobierno nacional desconociendo los recursos y olvidando los lineamientos dados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 –en su artículo 15–. De otro lado, replica lo ya desarrollado en la Ley 1639 de 2013.

En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia. Frente a su contenido es relevante tener en cuenta las observaciones que sustentan criterios de inconveniencia y aquellas que podrían contravenir normas superiores, aspectos que, como ya se ha enunciado con antelación<sup>2</sup>, afectarían el curso de la propuesta en el honorable Congreso de la República.

Atentamente,



**JUAN PABLO URIBE RESTREPO**  
Ministro de Salud y Protección Social

LA COMISIÓN SÉPTIMA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL  
HONORABLE SENADO DE LA  
REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo del año dos mil diecinueve (2019)

<sup>2</sup> Cfr. Concepto número 201711401848111, radicado en el honorable Congreso de la República el 9 de noviembre de 2017.

En la presente fecha se autoriza la publicación, en la *Gaceta del Congreso* de la República, de las siguientes consideraciones:

**Concepto:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**Refrendado por:** doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro.

**Al Proyecto de ley número:** 171 de 2018 Senado y 060 de 2017 Cámara.

**Título del proyecto:** *por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y se dictan otras disposiciones.*

**Número de folios:** once (11) folios.

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado:** jueves treinta (30) de mayo de 2019

**Día: Hora:** 11:34 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
Secretario Comisión Séptima

\* \* \*

**CONCEPTO JURÍDICO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA (ANDI), PROYECTO DE LEY NÚMERO 186 DE 2018 SENADO**

*por medio de la cual se establecen las condiciones para la protección y cuidado de la niñez - Ley Isaac.*

**DOCUMENTO**

La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), que comparte plenamente la importancia de la protección y cuidado de la niñez, estima que la materia que está pretendiendo regular el proyecto ya se encuentra en el ordenamiento jurídico colombiano y en los pronunciamientos de la Corte Constitucional.

El artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo regula las obligaciones especiales del empleador, y particularmente el numeral 6 del mismo hace referencia a las licencias que deben concederse a los trabajadores en varios eventos, entre ellos, el de grave calamidad doméstica debidamente comprobada.

Sobre este deber del empleador, la Corte Constitucional ha dicho que constituye un desarrollo de los principios constitucionales de solidaridad y dignidad, así como del respeto a

los derechos fundamentales del trabajador. En la Sentencia C-930 de 2009, la Corte dijo:

*“En el caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada, median también claras razones de solidaridad que implican que el empleador esté obligado a responder de forma humanitaria ‘ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas’.*

*En efecto, el Código Sustantivo del Trabajo no define qué es la calamidad doméstica, pero para efectos de las licencias a que alude la norma acusada, ha de ser entendida como todo suceso familiar cuya gravedad afecte el normal desarrollo de las actividades del trabajador, en la cual pueden verse amenazados derechos fundamentales de importancia significativa en la vida personal o familiar del mismo, como por ejemplo una grave afectación de la salud o la integridad física de un familiar cercano –hijo, hija, padre, madre, hermano, cónyuge o compañero–, el secuestro o la desaparición del mismo, una afectación seria de la vivienda del trabajador o de su familia por caso fortuito o fuerza mayor, como incendio, inundación o terremoto, para citar algunos ejemplos. Todas estas situaciones, u otras similares, pueden comprometer la vigencia de derechos fundamentales de los afectados, o irrogarles un grave dolor moral, y los obligan a atender prioritariamente la situación o la emergencia personal o familiar, por lo cual no están en condiciones de continuar la relación laboral prestando su servicio personal, existiendo un imperativo de rango constitucional para suspender el contrato de trabajo”.*

En la misma sentencia, la Corte explica que la duración de la licencia obligatoria remunerada con motivo de grave calamidad doméstica no puede establecerse de manera general y abstracta, sino con base en cada caso concreto. Textualmente, la Corte menciona que:

*“No siendo posible establecer de manera previa, general y abstracta cuál es el espacio de tiempo durante el cual debe concederse al trabajador la licencia remunerada para atender la calamidad doméstica que lo aqueja en cada caso concreto, la Sala entiende que dicha duración debe ser convenida entre el empleador y el trabajador en cada evento, atendiendo al mencionado principio de razonabilidad”.*

Como bien lo anota la Corte Constitucional, el término de duración de una calamidad doméstica, como lo es el caso de la enfermedad grave del niño del cual el trabajador es padre u ostenta la custodia, es imposible de establecer de manera, previa y abstracta, sino que es fundamental la observancia y evaluación del caso en concreto.

Fuera del término de duración, un caso de grave calamidad doméstica implica el análisis concreto de otros muchos factores, por ejemplo, si uno de los padres o, incluso, un familiar cercano puede

acompañar al niño. El proyecto de ley no atiende a estos aspectos concretos.

Además, el Proyecto de ley determina tiempos sobre elementos que difícilmente se pueden generalizar por ley y que están sujetos a la determinación caso o caso, como ocurre en la práctica actualmente.

De otro lado, en el proyecto de ley hay asuntos que crean más interrogantes que soluciones.

El artículo tercero prevé que la licencia remunerada que se otorgue al trabajador para el cuidado del niño o niña sea por una sola vez y por enfermedad terminal, en ese orden de ideas: ¿Qué ocurre con los otros casos en los que el menor requiera de especial cuidado?, ¿La licencia que se solicita no será remunerada en ese evento puntual?, ¿Qué pasa si la enfermedad terminal supera el término previsto en la ley: la licencia después de esos 10 días dejaría de ser pagada?

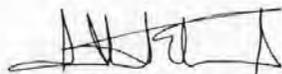
Por último, según el párrafo segundo del artículo tercero, el pago de la licencia remunerada se hará de acuerdo con la legislación vigente contemplada para el pago de la incapacidad por enfermedad común. Lo anterior ¿significa que la licencia remunerada la paga la EPS?, ¿En vez de salario, hay un auxilio de incapacidad equivalente a las 2/3 partes del IBC?

Estos interrogantes hoy se resuelven en la práctica cotidiana de las empresas atendiendo los intereses del trabajador y su familia, que al ser analizados por los empleadores, construyen en el sentido de pertenencia empresarial para el logro común de objetivos.

### Conclusión

La ANDI respetuosamente solicita el archivo del proyecto, teniendo en cuenta que ya existe legislación sobre la materia y que hay claridad dada en la jurisprudencia de la Corte Constitucional frente a los casos de grave calamidad doméstica. Además el proyecto de ley presenta inconsistencia que no atienden a las particularidades de cada caso de enfermedad grave.

Cordialmente,



**Alberto Echavarría Saldarriaga**  
Vicepresidente de Asuntos Jurídicos

Mayo 24 de 2019

LA COMISIÓN SÉPTIMA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL  
HONORABLE SENADO DE LA  
REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de mayo del año dos mil diecinueve (2019)

En la presente fecha se autoriza la publicación, en la *Gaceta del Congreso* de la República, de las siguientes Consideraciones.

**Concepto:** Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI).

**Refrendado por:** doctor Alberto Echavarría Saldarriaga, Vicepresidente de Asuntos Jurídicos.

**Al Proyecto de ley número:** 186 de 2018 Senado.

**Título del proyecto:** *por medio de la cual se establecen las condiciones para la protección y cuidado de la niñez.- Ley Isaac.*

**Número de folios:** cuatro (4) folios

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado día:** miércoles veintinueve (29) de mayo de 2019.

**Hora:** 12:06 p. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
SECRETARIO  
Comisión Séptima del Senado de la República

\* \* \*

### CONCEPTO JURÍDICO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE EMPRESARIOS DE COLOMBIA (ANDI) Y DE LA CÁMARA DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 256 DE 2018 SENADO, 019 DE 2017 CÁMARA

*por medio del cual se modifica la Ley 1355 de 2009 y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D.C., 29 de mayo de 2019

Señores

Honorables Senadores

Comisión Séptima Senado

Ciudad

**Asunto:** Comentarios al Proyecto de ley número 256 de 2018 Senado, 019 de 2017 Cámara, *por medio del cual se modifica la Ley 1355 de 2009 y se dictan otras disposiciones.*

Honorables Senadores,

La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) comparte el interés de los ponentes de propender por mejores hábitos alimenticios de los colombianos y queremos aprovechar esta oportunidad para contribuir con nuestro conocimiento y el de la industria al

objetivo común de mejorar las políticas públicas en salud de los colombianos.

Creemos que encontrar e implementar soluciones para los desafíos de salud pública como la diabetes, obesidad y otras enfermedades, requiere un esfuerzo de toda la sociedad y una colaboración armónica de múltiples partes interesadas. Estamos comprometidos en hacer nuestra parte en estos esfuerzos para prevenir tales problemas y, por consiguiente, queremos resaltar algunos aspectos del Proyecto de ley número 256 Senado, que consideramos deben analizarse antes de radicar la ponencia.

#### **a) Consideraciones Generales**

Frente al control de algunos nutrientes de interés público como el sodio, azúcares, grasas trans y otros, las empresas agremiadas a la ANDI trabajan por ofrecer un portafolio que responda a las necesidades nutricionales y preferencias de los colombianos. Por ejemplo, en un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud se lograron reducciones de sodio para panadería industrial, *snacks*, maní, galletería, quesos, embutidos, atún, cereales, caldos y sopas instantáneas, salsas, aderezos y mantequillas.

De igual manera, la industria de alimentos y bebidas de la ANDI está comprometida con el cumplimiento de los compromisos voluntarios de autorregulación que incluyen etiquetado nutricional frontal para suministrar información nutricional sobre los productos en la cara frontal de los empaques y envases, adicional a la establecida en los reglamentos vigentes, así como acuerdos en innovación y ampliación del portafolio, no hacer publicidad dirigida a menores de 12 años, promoción de estilos de vida activa y saludable, y no comercializar bebidas en colegios y escuelas primarias.

Lamentablemente, la idea de que los alimentos procesados son los responsables del incremento de la obesidad en los consumidores ha hecho carrera en nuestra región. Sin embargo, esta afirmación no se basa en fundamentos científicos sólidos, como lo han demostrado numerosos estudios del dominio de la comunidad científica internacional.

#### **b) Uso de normas internacionales en las definiciones**

Es importante resaltar que en materia de regulación de alimentos existen referencias internacionales, a las cuales Colombia se ha acogido mediante diversos acuerdos internacionales (por ejemplo, el Acuerdo de adhesión a la Organización Mundial de Comercio) que son reconocidas científicamente por la comunidad internacional. Un ejemplo de esto es el *Codex Alimentarius-International Food Standards*, establecido por la FAO y la Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1963, cuyo objetivo principal es elaborar mediante comités de expertos, normas alimentarias internacionales armonizadas, que

protegen la salud de los consumidores y fomentan prácticas leales en el comercio de los alimentos.

El Codex es el código a través del cual los países miembros (187 países y la Unión Europea) acogen normas voluntarias internacionales armonizadas y que varios países han incorporado dentro de su ordenamiento jurídico o son usadas ante vacíos normativos, al ser el principal referente internacional en la materia. El objetivo de esta armonización es contar con parámetros y definiciones claras sobre las características de los productos, lo cual permite hablar un mismo “idioma” en materia de alimentos, evitando así confusiones sobre las propiedades y características de los mismos.

Por consiguiente, recomendamos que las definiciones que se incorporen en el proyecto de ley sean las mismas que se encuentran en las normas Codex y no se creen nuevas categorías que conlleven a generar controversias en materia internacional que puedan afectar el comercio y los procesos de internacionalización de la industria de alimentos.

Recientes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en materia de etiquetado frontal nutricional deberían ser tenidas en cuenta en esta importante discusión.

#### **c) Información sobre alimentos - etiquetado**

El rol del etiquetado en la educación nutricional del consumidor, de acuerdo con las Guías de Etiquetado Nutricional del *Codex Alimentarius* (CAC/GL2-1985) del cual Colombia hace parte, establece que el etiquetado nutricional debe velar por:

- Facilitar al consumidor datos de los alimentos, para que pueda elegir su alimentación con discernimiento.
- Proporcionar un medio eficaz para indicar en la etiqueta datos sobre el contenido de nutrientes del alimento.
- Estimular la aplicación de principios nutricionales sólidos en la preparación de alimentos en beneficio de la salud pública.

Estudios han demostrado que el etiquetado frontal informativo es la estrategia de rotulado más aceptada y comprendida por los consumidores a nivel internacional, ya que tiene una imagen más positiva y menos impositiva frente a las personas, permite generar criterios en el consumidor para que este, por raciocinio propio escoja los alimentos con el contenido nutricional que se adapte a sus necesidades y condición física y además no proporciona recomendaciones que puedan llevar a conductas de riesgo alimentario o nutricional.

Esta disposición va alineada con la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS, en la cual se establece que: “Los consumidores tienen derecho a recibir una información exacta, estandarizada y comprensible sobre el contenido de los productos

alimenticios, que les permita adoptar decisiones saludables”.

El objetivo del etiquetado frontal informativo, que hasta ahora se ha adoptado de forma voluntaria por la industria, es informar al consumidor sobre la composición de los alimentos y bebidas, buscando que la decisión de compra pueda ser tomada con información clara y completa. Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con la facultad para reglamentar los tamaños y características de las porciones, la cual ya ha ejercido mediante el artículo 10 de la Resolución 333 de 2011.

Es importante anotar que no se debe inducir a los consumidores a creer que existe en el mundo una recomendación general sobre la cantidad exacta de cada alimento que se debe ingerir para tener una buena salud; por lo tanto, establecer que un alimento es “alto en” contradice las recomendaciones de los expertos en la materia. Es recomendable que periódicamente los consumidores revisen con sus profesionales de la salud y especialistas en nutrición los requerimientos de cada integrante de la familia y así promover adecuadamente su desarrollo.

Por último, dada su naturaleza y características específicas de ciertos productos y presentaciones se sugiere excluir de la aplicación obligatoria del etiquetado nutricional frontal a las carnes frescas sin procesamiento o adición de otras sustancias, la leche pasteurizada sin aditivos, huevos frescos sin procesamiento, frutas, verduras, legumbres, hortalizas, panela, ingredientes culinarios, aguas potables tratadas y minerales naturales destinadas al consumo humano, los empaques secundarios (multiempaques, amarres o similares) que contengan las unidades individuales, las cuales ya brindan la información nutricional, los productos cuya presentación individual indique la leyenda de “No etiquetado para su venta individual” y envases retornables, los productos elaborados artesanalmente y los productos preparados en restaurante y todos los alimentos sin procesar, así como los alimentos para propósitos médicos (APMES) y las fórmulas infantiles.

#### **d) Promoción de hábitos de vida saludable**

Es importante que en el Proyecto de Ley permita que en Colombia adoptemos hábitos de vida saludable promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: construir dietas balanceadas; aprender a leer las etiquetas nutricionales; aumentar el consumo de grupos de alimentos específicos (ejemplo frutas y verduras); reducir la ingesta de sodio; beber entre 2 y 3 litros de líquidos por día (preferiblemente agua potable); mantener un peso saludable; practicar actividad física frecuentemente; y comer cuatro veces por día cuidando cantidad, calidad y frecuencia.

La industria de alimentos y bebidas en Colombia adelanta diversas acciones en la promoción de estos hábitos de vida saludables, mediante el

desarrollo de campañas en las que se comparten los conocimientos sobre los alimentos y la manera en que estos inciden en la salud.

El estudio “Es Hora de Actuar” de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS resalta que todos los actores; privados, públicos, academia, sociedad civil y ONG deben trabajar en conjunto para desarrollar programas y estrategias que permitan abordar el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT y así entender este fenómeno desde una perspectiva multifactorial y no unifactorial.

Uno de los aspectos más importantes que resalta este estudio independiente es el de la educación y el trabajo que se debe realizar desde las entidades educativas, tanto públicas como privadas, en la implementación de herramientas pedagógicas que permitan prevenir las ECNT desde la niñez.

Según la OMS en el documento “Plan de acción sobre actividad física 2018-2030” Los programas de actividad física en las escuelas ayudan a todas las niñas y niños a desarrollar el gusto por la actividad física y los conocimientos de salud, habilidades motoras, actitudes y hábitos positivos, adicionalmente los pueden ayudar a llevar una mayor capacidad para concentrarse y mejorar la función cognitiva, lo que se traduce en mejores resultados académicos. Juntos, estos activos pueden contribuir a mejorar la preparación de los niños para la educación primaria y mejorar su disfrute general de la actividad física.

A nivel mundial, el 23% de los adultos y el 81% de los adolescentes (de 11 a 17 años) no cumplen con las recomendaciones globales de la OMS sobre actividad física para la salud y en Colombia según datos de la ENSIN 2015 solo 25,6% de los preescolares (3-4 años) cumple de recomendaciones de juego activo, el 31,1% de los escolares (5-12 años), el 13,4% de los adolescentes y 51,3% de los adultos (18 a 64 años) cumplen con las recomendaciones de actividad física.

Es por esto que es relevante que las instituciones educativas promuevan el incremento en número de horas en la práctica deportiva dentro de la jornada escolar, ya que es un indicador claro de medición del aumento de estas actividades.

#### **e) Referentes internacionales en la adopción de políticas públicas para el combate de la ECNT y la promoción de hábitos de vida saludable.**

En los últimos años, en consonancia con el creciente reconocimiento del problema que suponen las enfermedades no transmisibles, las Naciones Unidas y la OMS efectuaron llamamientos a la acción sobre esta cuestión en diversos foros internacionales.

Reconociendo que las enfermedades no transmisibles representan uno de los principales obstáculos al desarrollo en el siglo XXI, y que requieren un enfoque multisectorial, según se

destaca en la Declaración de Moscú adoptada en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, 28 y 29 de abril de 2011), la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó dos reuniones de alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles. La reunión de 2011 dio lugar a una declaración política de las Naciones Unidas en la que los países y los organismos multisectoriales y donantes contrajeron numerosos compromisos en relación con la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Ulteriormente, los Estados Miembros de la OMS acordaron una reducción del 25% en la tasa de mortalidad prematura para 2025 (25x25) y fijaron un conjunto de metas concernientes a los factores de riesgo y los sistemas de salud que, si se alcanzan, asegurarán el logro de la meta 25x25 relativa a la mortalidad.

En 2015, los países acordaron los ODS, que incluían un objetivo sanitario específico en el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”) y una meta específica sobre enfermedades no transmisibles en el contexto de ese objetivo (reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar (meta 4 del ODS 3)). En la Conferencia Mundial de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles (Montevideo, 18 a 20 de octubre de 2017) los Estados Miembros adoptaron la Hoja de Ruta de Montevideo 2018-2030 como una prioridad de desarrollo sostenible.

Por las razones expuestas anteriormente, es importante que las entidades públicas responsables del desarrollo de políticas públicas para la prevención de ECNT y hábitos de vida saludables se basen en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales se enfocan en los derechos humanos y la equidad (incluida la no discriminación, la equiparación entre los sexos y la participación); medidas que abarquen múltiples sectores y partes interesadas; enfoques de la salud en todas las políticas, en todos los ámbitos gubernamentales y en toda la sociedad con una adecuada gestión de los conflictos de intereses; medidas nacionales respaldadas por la cooperación y la solidaridad internacionales; enfoque que abarque todo el ciclo de vida; emancipación de las personas y las comunidades; estrategias basadas en pruebas científicas, y cobertura sanitaria universal (CSU).

#### f) Conclusiones

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos anteriormente, la Industria de Alimentos y Bebidas representada en la ANDI está de acuerdo con que el Ministerio de la Salud incluya como obligatoria en el etiquetado frontal de los envases la información sobre la cantidad de azúcares totales, grasa saturada, sodio y energía (Calorías),

contenidos en una porción del producto y su porcentaje frente al valor diario de referencia para cada uno de ellos establecido.

Así mismo solicita que el proyecto de ley incorpore los lineamientos internacionales contemplados por CODEX y OMS dentro del articulado. Así mismo, en relación con el etiquetado, no se deben implementar modelos que no han sido validados internacionalmente y es indispensable contar con la información técnica y científica que respalde cualquier decisión que pueda tener un impacto en la salud pública y no generar falsas expectativas frente a los resultados que un cambio en el etiquetado puede tener en la prevención de ECNT.

Finalmente, en el documento anexo remitimos una propuesta que contiene los elementos enunciados en este documento.

Cordialmente,

  
JUAN CAMILO MONTES PINEDA  
Director Ejecutivo  
Cámara de la Industria de Alimentos

  
LUIS FELIPE TORRES BOHORQUEZ  
Director Ejecutivo  
Cámara de la Industria de Bebidas

### LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo del año dos mil diecinueve (2019)

En la presente fecha se autoriza la publicación, en la *Gaceta del Congreso* de la República, de las siguientes consideraciones:

**Concepto:** Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI).

**Refrendado por:** doctores *Juan Camilo Montes Pineda*, Director Ejecutivo de la Cámara de la Industria de Alimentos, y *Luis Felipe Torres Bohórquez*, Director Ejecutivo de la Cámara de la Industria de Bebidas.

**Al Proyecto de ley número:** 256 de 2018 Senado y 019 de 2017 Cámara.

**Título del proyecto:** *por medio del cual se modifica la Ley 1355 de 2009 y se dictan otras disposiciones.*

**Número de folios:** seis (6) folios

**Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado:** jueves treinta (30) de mayo de 2019.

**Día: Hora:** 11:34 a. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

  
JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA  
Secretario Comisión Séptima

**CONTENIDO**

Gaceta número 459 - viernes 7 de junio de 2019

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**Págs.**

**ACTAS DE COMISIÓN**

Comisión Cuarta Constitucional Permanente

Acta número 007 del 9 de abril de 2019 .....1

**CONCEPTOS JURÍDICOS**

Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social al proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara, por medio [de la] cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones..... 25

Concepto jurídico de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (andi), proyecto de ley número 186 de 2018 Senado, por medio de la cual se establecen las condiciones para la protección y cuidado de la niñez - Ley Isaac. .... 31

Concepto jurídico de la asociación nacional de empresarios de Colombia (andi) y de la Cámara de la industria de alimentos al proyecto de ley número 256 de 2018 Senado, 019 de 2017 Cámara, por medio del cual se modifica la Ley 1355 de 2009 y se dictan otras disposiciones..... 32