

**COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD
ACTA RESUMEN SESIÓN NÚMERO DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS.**

No. de Convocatoria:

No. de Sesión: Continuación 242 - VI

Fecha de sesión: Miércoles 30 de Mayo del 2018

Hora: 11H15

Se inicia la sesión 242 con la constatación del quorum reglamentario y se cuenta con la presencia de los Asambleístas: Asambleísta William Garzón, Asambleísta Patricia Henríquez, Asambleísta Manuel Ochoa, Asambleísta Sebastián Palacios, Asambleísta Gabriela Rivadeneira, Asambleísta Blanca Poly Ugarte, Asambleísta Carlos Vera, Asambleísta por un Día Víctor Manuel Alvarez, con siete Asambleístas presentes al momento de la instalación existe el quorum reglamentario; existiendo quórum se da inicio a la sesión con la lectura de la convocatoria y orden del día.

CONVOCATORIA:

Por disposición del Dr. William Garzón Ricaurte, Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud y de conformidad con el artículo 27 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, me permito convocar a usted a la Continuación de la Sesión de la Comisión Número 242, el día miércoles 30 de Mayo del 2018 , a partir de las 11h15 en la la Sala de Sesiones de la Comisión, ubicada en el sexto piso, ala oriental del Edificio de Palacio Legislativo, en las calles Piedrahíta y Av.6 de diciembre del Cantón Quito, provincia de Pichincha, con el objeto de tratar el siguiente orden del día:

1.- Lectura, discusión y votación del articulado del texto unificado del Proyecto de Código Orgánico de Salud, para segundo debate.

Aprobado el orden del día se da paso al primer punto del mismo.

Interviene Asambleísta William Garzón.

Damos la bienvenida tanto al Asambleísta por un Día, el Sr. Víctor Manuel Alvarez, Presidente del Colegio de Médicos de Pichincha; y al Sr. Wilson Merino, Representante de Acuerdo Contra el Cáncer; el mismo que nos acompañará en todas las reuniones de la Comisión de Salud.

Recordarles que estamos recibiendo las observaciones del Libro I, nos habíamos quedado en el art. 38 que habla sobre la Rectoría del Sistema Nacional de Salud; de ahí la decisión de la Comisión frente a las diferentes posturas que hay, fue el de recibir expertos para escuchar las posturas de cada uno de ellos, y que los Asambleístas tengamos la oportunidad de tomar una decisión en lo posterior.

Vamos a suspender la sesión para recibir en Comisión General al Dr. José Ruales, para que exponga sus aportes y aportaciones al COS, referente al tema de la Rectoría.

Interviene Dr. José Ruales:

Cuando estuve aquí por primera vez, a propósito por la versión del primer documento, me permití expresar algunas inquietudes, especialmente por el capítulo del Sistema Nacional de Salud, y de la Rectoría, recordemos que en ese momento, incluso las funciones del sistema; no estaban determinadas, no se habían definido, se planteaba como función el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, y no la protección de la salud de los ecuatorianos, ni la protección financiera de los hogares; como ya se hace correctamente, a pesar de que se incluyen otros objetivos que no son de resultado, sino que son de proceso; y que no corresponderían desde el punto de vista técnico en el lugar de los objetivos.

Se ha logrado incorporar las funciones y competencias de la Rectoría y de la Autoridad Sanitaria, en algunos de los capítulos; sin embargo desde el punto de vista técnico en el desarrollo de los Sistemas y Servicios de Salud, considero que se incorporaron ahora unas llamadas "Facultades" dentro de las competencias; y que mejoro el texto. Sin embargo todavía considero Sr. Presidente que puede mejorarse desde el punto de vista técnico.

La forma principal de mejorar el tema sería:

- La Rectoría del Sistema Nacional de Salud, se plantea ya correctamente (cosa que no estaba antes), como una acción colectiva de los miembros del Sistema de Salud, es decir la Rectoría, el Financiamiento y la Provisión de Servicios, no es una responsabilidad individual de una Institución; y por eso hay mecanismos que funcionan en muchos países de manera eficiente.
- La Rectoría contempla las funciones de conducción del Sistema Nacional de Salud de regulación, de control, de ordenamiento, del financiamiento, "no de financiar"; y de ordenar también la provisión de los servicios. Además la Rectoría tiene objetivos muy importantes algunas funciones técnicas, llamadas las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública. Estas funciones incluyen la función de analizar la situación de salud para definir prioridades; lo que llamamos la inteligencia sanitaria para la toma de decisiones.
- La Rectoría Incluye la función de vigilancia de la Salud Pública, más no es la vigilancia sanitaria que se plantea en el COS. La vigilancia de la Salud Pública, incluye la vigilancia, el seguimiento de los daños, de los riesgos, y de los factores protectores de la salud. Lamentablemente solo se habla de vigilar las enfermedades crónicas no transmisibles; cuando en realidad la principal vigilancia es de las enfermedades transmisibles; las que se ubican solamente en el capítulo de control y prevención y no en el de vigilancia.
- Además son funciones de la Rectoría, la promoción de la Salud; por que el principal objetivo del Sistema Nacional de Salud y de la Autoridad Sanitaria es **"promover y proteger la salud de los ciudadanos; es decir mantener a la gente sana"**.
- Incluyen también los temas de desarrollo de recursos humanos que están incluidos de manera parcial. Incluyen también los temas que tienen que ver con la respuesta en situaciones de emergencias y desastres; no la atención médica en casos de desastres; que es lo que se incluye en la parte de la atención integral del sistema.

- Incluye también el quien coordina y dirige la Política Internacional de Salud, es decir las relaciones con otros países internacionales con las instancias competentes del Estado. Me refiero a esto porque al leer el conjunto del COS, se observa en algunas partes una duplicación, o una confusión entre la función del MSP en tanto gestor del financiamiento del presupuesto público de Salud, en tanto como mayor prestador de servicios del país; con la función de Rectoría.

Resulta difícil el poder diferenciar, porque es una sola institución. La Institución Rectora, es la que esta encargada de llevar a adelante todos estos servicios de Salud Pública, como la promoción, la vigilancia, el seguimiento, el desarrollo de recursos humanos, la investigación, etc. Estos elementos si bien están citados en el texto, lo están en capítulos diferentes al de la Rectoría.

Entonces a mi criterio todos estos aspectos deberían quedar integrados en el capítulo de Rectoría; porque las funciones de Rectoría que se establecen aquí, son básicamente las de regulación y control, pero no las funciones operativas del ente rector.

○ No es el MSP su red de servicios, la que trabaja en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica, etc. Esos son algunos de los elementos. El responsable es el MSP o la Autoridad Sanitaria Rectora.

1. Entonces, la Autoridad Sanitaria Rectora tiene estos componentes operativos que no se expresan, y que luego se dispersan en el texto; dándole como elementos de la atención integral solamente.

2. No tenemos una visión clara del Sistema de Salud que se quiere crear con el COS, se hace una descripción de algunos elementos, pero no se establece ni siquiera la descripción del Modelo de Sistema de Salud actual, que es un modelo básicamente segmentado, con una población asegurada, pobre, cubierta por el MSP, y una población con capacidad de pago. Desde el punto de vista la segmentación poblacional o desde el punto de vista el financiamiento, donde casi la mitad del financiamiento es privado, un 25 % de la seguridad social, y un 25% del MSP.

○ Esta definición de establecer la característica y organización del Sistema de Salud, no se define. Por ejemplo en el articulado del Capítulo de Financiamiento, solamente se describen las fuentes del financiamiento; básicamente, las tres: Estado, Seguridad Social y Privado o Institucional; y los siguientes artículos son regulaciones de la Autoridad Sanitaria que debe estar en la Facultad Regulatoria sobre la Rectoría del Financiamiento, no en la Función de Financiamiento.

Al pasar en donde deben estar solo nos queda un artículo; que es Fuentes de Financiamiento, y no se establecen los mecanismos de financiamiento; peor aún los mecanismos de pago o transferencia. Y cuando se establece la norma solo se establece un mecanismo que es el Pago por Prestaciones, cuando en la práctica existen decenas de mecanismos de pago. Entonces es un limitante definir una sola forma de pago, cuando se puede pagar per capita, por bloque, por diagnóstico, etc.

Al definir ese modelo de Rectoría, un poco la tendencia ha sido que la Autoridad Rectora de diversifique, es decir trabaje con Organismos Especializados, que puedan apoyar la Función de Rectoría.

Al tener una entidad rectora que al mismo tiempo es el gestor del financiamiento (no el financiador (Ministerio de Finanzas y Semplades)), y que además es el principal proveedor, es necesario entonces definir algunos criterios adicionales, que serían:

1. Se establece claramente que la autoridad dirigirá la acción colectiva para el cumplimiento de los objetivos el Sistema de Salud. Esa acción colectiva se expresa luego del articulado en varias normas, por ejemplo: Se define que se articulará con varias entidades, por ejemplo: En las competencias de los literales del art. 39, se dice que la decisión de una norma, política, plan, será colectiva, consultada. Por lo tanto esta acción colectiva, incluso de la propuesta es que sea conjunta.

Propongo que se defina:

1. Es necesario definir una instancia clara y definida sobre el tema del control y sanción de las normas. Ya que no puede suceder, por ejemplo: que en el alza que se plantea en la Agencia Reguladora de la Vigilancia Sanitaria, se conforme un Directorio con la Industria Farmacéutica, los productores de alimentos, los dueños de restaurantes, o los vendedores de productos médicos, sería ilógico, sería un conflicto de intereses.

Esto es lo que está sucediendo en la práctica, al tener una agencia que hace el control de calidad de los servicios de salud, y una agencia que hace el control sanitario, en donde el presidente, el secretario ejecutivo, y el miembro principal son los mismos que ejercen la dirección o gestión del máximo prestador de servicios; es decir el MSP.

Entonces se plantea que la conformación del Directorio, incluya al MSP, al Seguro Social, a los demás Seguros Públicos, es decir los mismos prestadores van a conformar el Directorio, que coordine la prestación. Una de las recomendaciones en los documentos sobre Rectoría, es que las acciones de fiscalización, deberían ser técnicas, especializadas, autónomas e independientes de los que van a ser controlados.

Esta forma de crear una superintendencia o la entidad que ustedes definan; permitiría delegar, el compartir con una entidad del Estado: La función de control, de evaluación de cumplimiento, y de sanción en el caso de los prestadores públicos, privados, individuales, colectivos, autónomos, comunitarios, etc.

2. Dentro de las funciones de la Autoridad, está el definir políticas públicas de salud, el plan de salud, y en los siguientes capítulos, sería de repetir lo que debería estar en el capítulo de Promoción en el de Rectoría, dándole nuevamente una responsabilidad regulatoria en cada paso, por ejemplo: En la red del cáncer, se dice que será el MSP el que defina; eso tiene que estar definido en las funciones de Rectoría, define todas las redes, coordina todas las instituciones. Que se defina de tal manera que no tiene que ser repetitivo y a aparente. Incluso las cosas se dicen al revés. Primero dice MSP definirá, y después se establece un criterio de como se da la organización.

3. Dado que es un conjunto de entidades, y se plantea la acción colectiva; sería necesario que esa acción colectiva, se verifique, se mida el desempeño del sistema y de las políticas, ojo no del MSP; sino el desempeño del sistema y su conjunto a través de una entidad como la planteada por el Consejo Nacional de Salud, en donde se incluya a los miembros públicos, privados, etc; del Sistema Nacional de Salud, y sus funciones podrían ser justamente el de evaluar el desempeño, las políticas, el cumplimiento de los planes, la eficiencia del uso de los recursos públicos.

Este estamento, donde estarán también los miembros de las redes de prestación de servicios, serviría para hacer lo que se establece en este articulado; es decir la definición de manera conjunta de políticas, de definición de planes territoriales, etc. Dejando una opción más operativa, que no le reste a las funciones operatorias, a la autoridad sanitaria.

4. Dentro de las funciones de conducción del sistema, se plantea ya adecuadamente la conducción intersectorial (antes no existía); es decir aplicar lo que dice la Constitución en el concepto del Derecho a la Salud, que es un derecho que aplica políticas públicas en varias estancias; que van más allá del sector; pero ojo, no van más allá del sistema.

Porque todas las políticas públicas y decisiones que tomen otros sectores sobre salud de acuerdo al concepto de sistema, son parte de salud. Es decir, en tanto la ANT defina normas en la ley de tránsito para proteger la vida de las personas, está tomando decisiones saludables, y en ese caso es una acción de salud; por lo tanto esta dentro del sistema; no es extrasectorial. Es decir es extrasectorial de salud, pero no del sistema.

Dado que se plantea finalmente la acción colectiva para lograr los objetivos con la participación de todas las instancias, programas, acciones del Sistema de Salud; que se desarrolle, que se proponga una entidad, puede ser una Comisión Interministerial e Intersectorial, en donde se puedan conocer cada uno de los temas, por ejemplo: El tema de calidad del aire, el cáncer tiene aspectos que tiene que ver con el ambiente, producción, economía. Ahí es donde se define el primer objetivo que se plantea de la autoridad sanitaria en el COS; que es el trabajo intersectorial.

Integrar en un solo elemento todos los aspectos, desde un punto de vista técnico. A nivel político no creo que sea factible, hacer una separación de la función de previsión de servicios del MSP; si es en una empresa pública sería mejor; por que esto daría mayor eficiencia. Pero si el MSP mantiene sus tres funciones; sería indispensable garantizar una Instancia de control y sanción que tenga independencia y autonomía y que además sea especializada y técnica; No política. Pudiendo ser designada por el Ejecutivo, o por el Consejo de Participación Ciudadana.

Interviene el Sr. Dr. Alberto Narvárez, Representante de la Plataforma por la Salud y la Vida, (Organización formada por algunos Gremios, y sobre todo en defensa a la Salud):

Hemos preparado esta propuesta junto el el Dr. Mauricio Espinel. Nosotros pensamos que la formulación de políticas de salud, no son solo un tema técnico-político; sino de un asunto científico-ético. Hay que construir **políticas** con base en evidencias de las mejores experiencias mundiales; pero también de nuestra propia práctica y de nuestra propia situación. La Rectoría debe enmarcarse ética y académica.

En Ecuador se aplicó el modelo neoliberal durante la década de 1990 al 2006. La Constitución del 2008 se plantea un nuevo modelo llamado: " Atención Primaria Renovada o Medicina Socializada"; con principios que plantean la gratuidad, universalidad, desarrollo humano integral, la relación internacional, cogestión y organización humanitaria, etc.

¿Qué esta pasando en Ecuador entre lo formulado y ejecutado?, lo declarado es que el derecho a la salud es garantizado por el Estado. **En el 2009, hicimos un trabajo y demostramos que el 40% de Ecuatorianos mueren por causas evitables.** No ha cambiado hasta el momento; en el 2018 todavía debe haber más de un 30%.

El Estado es responsable de la provisión de servicios. Solo el 47% de la población recurre a casas de salud estatales, el 19 % de la población tiene pobre o no tiene ningún acceso a servicios de salud; no solo a nivel rural sino en ciudades grandes.

La gratuidad con una inversión estatal que no ha pasado del 3.1%, no es posible garantizar gratuidad a toda la población; más aún si el 40% de Ecuatorianos financia las prestaciones de salud, es decir por gasto de bolsillo.

Se rige por los principios de calidad, eficiencia, y eficacia, la organización de los procesos se dio en función del valor agregado, y no de lo que se llama valor de uso. Se privilegio número de consultas privativas, se planteó 15 min. por consulta; y eso no ha cambiado.

No se puede hacer atención integral en salud, con 15 min. de atención, y eso determinó un incremento de consultas de morbilidad pero en detrimento de las consultas de prevención. Hay una relación 3 a 1.

En participación, se eliminaron los Consejos Cantonales, y no existen casi organizaciones de usuarios; y ya no existen los escenarios donde puedan participar de manera cotidiana.

Muchos ejes ofrecidos por el MSP en el 2008, que están en deuda. Debilidades técnicas, de gobernabilidad y rectoría que se evidencian en problemas de enfermedades de tuberculosis, VHS.

Proponemos lo siguiente:

En cuanto al modelo del sistema de salud, el modelo de Brasil, pienso que nos puede servir de referencia para organizar toda la política de Salud y el COS.

En cuanto a la Rectoría, nosotros proponemos una Autoridad Sanitaria Democrática y Participativa, a través del Consejo Nacional de Salud, pero también de Consejos Territoriales junto al Ministerio del ramo. No estamos en contra que el MSP sea el rector de la política pública, pero la política general debe ser colectiva.

En los artículo 34 y 37, no se dice como se va a hacer realidad las declaraciones con respecto a la construcción de la rectoría. Proponemos cambiar el concepto de territorialización a un concepto geo-social; geo en el punto de vista que aquí hay cinco pisos climáticos, entornos étnicos que va más allá inclusive de la administración implementada en salud; que no calza con la realidad.

Cada realidad tiene su propio perfil de salud – enfermedad, por ejemplo en Quito hay realidades diferentes, por eso es importante hacer una nueva territorialización, no solo para el servicio de salud, sino también para el tema de promoción.

El sistema basado en pluralismo estructurado adaptativo en Brasil, se baso en la necesidad de coordinar a todos los prestadores de salud. Un entorno de interacción entre los actores de la salud, que les permita organizarse de forma no planificada, sin necesidad de un agente controlador, en donde existe un proceso espontáneo de auto organización. Claro que aún estamos lejos de llegar a eso.

La participación directa de la comunidad garantiza la sostenibilidad del sistema, reduce la corrupción y mejora la calidad de los servicios.

El proyecto como esta en participación social y comunitaria que tiene que ver con rectoría, no es aceptable; porque no define los escenarios, ni define los mecanismos de participación; solo hay un artículo general que plantea que reglamentará la participación”.

Debemos aplicar un modelo diferente y participativo, en donde en la pirámide superior se ubiquen los usuarios y no la autoridad en el MSP; entonces mantendremos un sistema de vertical, autocrático.

El sistema de salud debe tener varios cuerpos colegiados.

Exista un órgano de participación ciudadana, directa y democrática. Que el rector sea El Consejo Nacional del Sistema de Salud o sea la autoridad Sanitaria, sin desconocer que el MSP debe ser el rector de la política pública, y esto debe estar claro. Debe ser presidido por el MSP, debe tener entidad con personería jurídica y con autonomía administrativa y financiera; debe tener el concepto de transectorialidad, como Gobierno que incluye los Gaps, prestadores públicos, privados, academia, sociedad civil, organizaciones de pacientes, delegados de las comunidades, etc.

Los órganos rectores son : El MSP que norma y regula, las agencias de control para sancionar y controlar, no adscritas al MSP, porque no se puede ser juez y parte, deben ser autónomas y además su Director debe ser nombrado por concurso de merecimientos; como órganos consultivos y de apoyo, estaría la Secretaria Técnica de CONASA, a cargo del MSP los Consejos Provinciales, y Cantonales de Salud, Comisiones Técnicas, Mesas Intersectoriales (en Guayaquil funcionan dos Mesas que funcionan bastante bien), y la Comisión de Servicios de Prestadores de Salud.

Entonces el nuevo CONASA, debe superar las limitaciones. En el antiguo CONASA, no era un cuerpo colegiado que se le planteó como autoridad, sino que se le planteó como ente coordinador, representados por delegados del 5to nivel del Ministerio, que no tenía capacidad de toma de decisiones. En el CONASA, deben estar las máximas autoridades del Seguro Social, y no debiendo haber una delegación a menos que la misma tenga la capacidad de toma de decisiones.

Un ejemplo: La Constitución del CONASA (tiene otro nombre en Brasil), en Brasil tiene 48 miembros; el 50% son de movimientos sociales, 25% es de prestadores de servicios de salud y academias, y el otro 25% de Gobierno Central y GADS.

En el Ecuador, planteamos desde el punto de vista de La Constitución, en participación ciudadana, los movimientos sociales deben tener una gran mayoría de participación en el CONASA, que intervengan algunos actores, con la finalidad de hacer democracia.

Vamos a presentar por escrito reformas a los artículos en el tema Derecho Laboral, Seguridad Jurídica Sanitaria y del Paciente, con respecto a medicamentos, etc.

Interviene Asambleísta Blanca Ugarte.

Es importante tomar en cuenta que la centralización no nos ha ayudado al Sistema de Salud; pues la Autoridad Sanitaria es el Estado, no el MSP; lo importante es determinar cuál va a ser el rector de la política sanitaria de Ecuador. Las Rectorías no están bien explicadas en el COS, los nombramientos para los directores de hospitales los nombra el MSP, y así mismo el que inspecciona es el MSP; en el caso del Hospital Neumológico

Alfredo Valenzuela en Guayaquil se cerro, y el MSP ha sido juez y parte, y esto no puede ser. No puede estar concentrado todo el sistema de salud en el MSP.

Por ejemplo no tenemos aseguradoras de la Red Pública, en el art. 50; creo importante analizar la estructura y organización del CONASA para coordinar las políticas de salud. En el COIS, pedí que se incorpore una superintendencia o dependencia técnica para controle y vigile de los hospitales, que actualmente no están dando resultados. Tantos hospitales cerrados, y tanto gasto en infraestructura de hospitales que supuestamente ya deben estar funcionando pero no lo están.

Seguire luchando para que se incorpore las políticas de prevención, promoción y predicción para la salud, en el COS; porque no habrá dinero que nos alcance para curar.

Interviene Asambleísta Jorge Yunda.

Pide que por medio de secretaría se lea el artículo 361 de la Constitución Ecuatoriana. Después de la lectura del mismo, el Asambleísta añade:

Es claro lo que nos dice el artículo, no podemos dejar que un Ministro o Ministra dirija todo un sistema. Los indicadores de salud son alarmantes con respecto a la diabetes, tuberculosis, embarazos reincidentes en adolescentes y la desnutrición infantil.

Pienso que debe considerarse una autoridad Sanitaria donde participen más actores, como: pacientes con personería jurídica, academias, el legislativo, etc. Un Consejo Nacional de Salud elegido democráticamente en la urnas, para convertir y cambiar la realidad actual de salud en el país junto con la prevención y educación en salud.

Interviene Asambleísta Manuel Ochoa.

Pide que por medio de secretaría se lean los artículos 141, 154, 261 (numeral 6), 427 de la Constitución Ecuatoriana. Después de la lectura de los mismos, el Asambleísta añade:

1) Tengo una pregunta para el Dr. Narvaéz: ¿Cómo se compatibilizaría un Consejo integrado por privados como Autoridad Sanitaria; si la Constitución plantea que, la Autoridad Sanitaria Nacional emite la política pública; y son los Ministros de Estado, los rectores de la política pública?

2) Quiero preguntar Sr. Presidente, ¿Este Libro I ya fue aprobado?...compañeros, no verdad. Nosotros hemos recibido visitas innumerables, varios actores, hemos hecho talleres, es decir estamos en la construcción de este COS.

Compañera Poly Ugarte le comento que: Con respecto al cierre del Hospital Neumológico, personalmente fuimos a constatar las condiciones del mismo, y considero que las condiciones del Hospital Neumológico eran precarias, terribles. Entonces, para merecerme hablar del tema, Ud. tenía que haber estado ahí, palpar las circunstancias y a mi criterio; considero que sí merecía el cierre.

Hemos mejorado, dicen que se ha invertido poco en la promoción, les digo que antes no se invertía nada. Así que los sigo animando en seguir en la construcción y mejoramiento de la salud para todos los Ecuatorianos.

A petición del Asambleísta Yunda, el Presidente le otorga punto de información:

Interviene Asambleísta Jorge Yunda:

Con respecto al Hospital Neumológico, considero que estaba en buenas condiciones, si hubiese habido una autoridad responsable del control sanitario, nunca se hubiese cerrado, trasladar a los pacientes con tuberculosis a otros hospitales; generó una pandemia terribles; que le costo a este país, 21 vidas; y miren que el MSP a los organismos privados le piden requisitos que en los públicos no los hacen cumplir con respecto a la sanidad y atención.

A petición de la Asambleísta Blanca Ugarte, el Presidente le otorga punto de información:

Interviene Asambleísta Blanca Ugarte:

Por eso es necesario una secretaria técnica que controle y vigile, que los recursos del Estado se inviertan bien y en beneficio de la salud. Por todas esas falencias es necesario cambiar el sistema de salud de este país.

A petición de la Asambleísta Ana Galarza, el Presidente le otorga punto de información:

Interviene Asambleísta Ana Galarza:

Coincido con el Asambleísta Yunda y Ugarte, los hospitales se deben cuidar porque nos cuesta un gran sacrificio a todos los Ecuatorianos, y evitar el cierre de los mismo. El Neumológico llego a tener circunstancias terribles por la falta de control, esto debe ser un ejemplo de lo que no tiene que suceder. ¡Claro, hay Ministras que para que no se le tope les dan hospitales algunos Asambleístas, para ser intocables yo te doy el hospital de aquí para que tu pongas tu gente. Y aquí se sientan a defender lo indefendible, y eso no puede suceder porque ante todo tiene que estar la salud!. Han habido muchas irresponsabilidades por parte de la actual Ministra, por eso es que no podemos entregarle todo al responsabilidad al MSP, porque nos ha fallado, antes y ahora. No podemos ser irresponsables primero con la plata y luego con nuestros hermanos ecuatorianos.

Interviene Asambleísta Manuel Ochoa:

Compañera, Ana Galarza; si votar la plata en estos momentos, en la construcción de hospitales modelos en Latinoamérica, o tener en mi provincia uno de los mejores hospitales del país; ojalá que se la siga votando en todas la ciudades del país. Les recuerdo que años atrás lo privado era lo mejor, ahora lo público es lo mejor.

No podemos a este gobierno responsabilizarle de todas la falencias pasadas o lo que paso con el Hospital Neumológico Alfredo Valenzuela; era un hospital de más de 70 años.

Entonces les pregunto: ¿Que paso con los gobiernos anteriores, les dijeron algo, les reclamaron?. Tenemos que mejorar sí, pero también hay que reconocer que sí hemos mejorado, porque ahora si contamos con hospitales de primer nivel, a comparación de otros países que además ahí la salud cuesta.

Interviene Asambleísta William Garzón:

Asambleísta no nos desviemos del tema, el tema a tratar es la Rectoría. Podríamos abrir otro debate para tratar el tema del Hospital Neumológico, porque yo también podría decir muchas cosas, más ese no es el tema a tratar.

Interviene Asambleísta Sebastián Palacios:

Cuando en la anterior sesión iniciamos el análisis del Libro I del Sistema de Salud, hubo el pedido de todos los Asambleístas, de que nos detengamos en los puntos a ser sujetos de análisis, y tomando en cuenta que este es un tema importante y que tal como esta el texto ahorita hay confusiones y hacen que no este claro para quienes tengan que cumplir lo que dice el código con respecto a las rectorías, fiscalización, y participación ciudadana.

Interviene Asambleísta Carlos Vera:

Pide que por medio de secretaría se lea el artículo 344 de la Constitución Ecuatoriana. Después de la lectura de los mismos, el Asambleísta añade:

Este artículo es complementario al artículo 361 que habla de la Autoridad Sanitaria Nacional. Debemos entender que los Ministros son parte del Ejecutivo, son representantes del Presidente de la República, y en este caso los encargados de cumplir lo encomendado por la máxima autoridad.

Con respecto a la exposición sobre el CONASA, en el cual se involucran ciertas instituciones. Mi pregunta es: ¿Porqué no se toma en cuenta al Ministerio del Deporte?, si el Deporte es también una herramienta fundamental; y así un sin número de ministerios que van a querer ser parte de un CONASA!. Entonces tocaría que en cada ministerio se forme un CONASA.

Es un tema que se debe debatir minuciosamente, ya que hay algunos ministerios que están de la mano con la salud, evitando crear algo inconstitucional. El tema de salud se lo debe pensar en función de todos, una de las herramientas necesarias es que las leyes se construyan en base a una socialización con todos los actores.

Interviene el Dr. Victor Manuel Álvarez (Asambleísta por un Día):

Creemos que es necesario que exista una Autoridad Sanitaria y somos opuestos a que las políticas de salud, y la materia de salud sea regentada por gente que no tiene conocimiento y práctica en salud. Fuimos muy críticos con la Ministra Karina Avance, y seremos críticos con Ingenieros de Sistemas de Parvularios como Gerentes de Hospitales.

Nuestra práctica médica desde el COIP, la LOSEP, en donde se nos ha incluido en grupo donde no se han tomado en cuenta las particularidades de la práctica médica, eso ha hecho que existan problemas en todos los sentidos, y conceptos erróneos.

No hay ley que cambie el problema de la desnutrición o sea adecuada para que cure alguna enfermedad. Todas las cosas se hacen por el aspecto preventivo, se puede prevenir, se pueden dar lineamientos. Pero que el COS, sea un proyecto para eliminar la tuberculosis, la desnutrición, etc., eso es falso; y no aceptamos esta situación, como tampoco aceptamos que el COS sea utilizado como objetivo para privatizar la salud.

Hemos dicho que debe haber igualdad de condiciones tanto para el sistema público como privado, y creemos que si en el sistema privado nosotros estamos expuestos a las inspecciones, a las regulaciones; a todos esos mecanismos coercitivos y punitivos, porque el sistema público no puede tener lo mismo!

Eso no quiere decir que nosotros estemos a favor o en contra de algo, pero si debe haber justicia en ese sentido. Que porque no se sanciona, obviamente porque no existe un marco legal vigente para sancionar al proceso administrativo, toda sanción se ha orientado hacia el profesional de la salud.

Pero aquí en el COS, existe el art. 99; donde ya se puede sancionar eventos. Me parece que el sentido común de quien tiene que analizar y juzgar como se han utilizado recursos para bien o para mal creo que es la Contraloría. No se si este dentro del campo legal que, exista un elemento similar a la Contraloría dentro del Sistema Público de Salud.

Cuando nosotros quisimos hacer algo similar a la Contraloría, para evitar la criminalización de la práctica médica, nos dijeron que eso no era posible; que no podíamos crear una institución a parte en ese sentido, que para esto ya estaba la Contraloría.

Me llama la atención un comentario de la Asambleísta Ana Galarza, y estoy muy preocupado porque sería bueno se aclare: ¿A Quién se le dio un hospital para que vote o no vote por una ley?, porque esto se esta hablando de un acto de corrupción. Y los médicos hemos sido durante 10 años estigmatizados por esa situación.

Esta acusación es muy grave, y pediremos por escrito para que se nos aclare, cuál es el Legislador al que se le dio un hospital; porque eso es gravísimo!. Queremos saber esta situación.

Nosotros hemos venido con la esperanza del que el COS junto con nuestras propuestas, con el diálogo entre un sin numero de actores que han intervenido como la red de médicos, representantes de farmacéuticas, etc; creemos que sí tiene que haber algo positivo en la propuesta. Y no tener que esperar otros 10 años más para que exista una nueva norma que regule el COS.

Un COS con garantías de que no seamos el 100% responsables en la practica médica; si no que los procesos administrativos también sean sancionados. Es al primera vez que hace 12 años tenemos voz, queremos un COS favorable y efectivo para los profesionales, para el Estado. Y por favor con mucho cuidado a quién se designe como autoridad encargada, o consejo designado para la rectoría. Un COS positivo para la población, para los profesionales.

Interviene el Sr. Dr. Alberto Narváez, Representante de la Plataforma por la Salud y la Vida, (Organización formada por algunos Gremios, y sobre todo en defensa a la Salud), y responde a la pregunta hecha anteriormente por el Asambleísta Manuel Ochoa:

(¿Cómo se compatibilizaría un Consejo integrado por privados como Autoridad Sanitaria; si la Constitución plantea que, la Autoridad Sanitaria Nacional emite la política pública; y son los Ministros de Estado, los rectores de la política pública?).

En la actual constitución en el art. que se refiere al CONASIS, los privados tiene un delegado de 17 o 20, ahora queremos que tengan menos peso, y más peso las

asociaciones sociales, comunitarias, la academia, y Estado. Por lo tanto estamos planteando todo lo contrario, del peso de los privados.

Hablemos de los privados. No vivimos en un país socialista, vivimos en un país capitalista, 30% de las personas se atienden en servicios privados, en este momento el MSP, no tiene la capacidad de cubrir las necesidades de toda la población. Por tanto no es verdad que estemos planteando la privatización. Uno de 30 o 40 no es nada.

Por ejemplo: Las Universidades tiene un Consejo Directivo que aprueba la política y un Rector que ejecuta la política; esa es la estructura que queremos tener!.

No es posible donde no hay un sistema único de salud, tener la estructura que están planteando. Ya se ha probado en el mundo y no es posible. Hay que usar las mejores evidencias científicas y experiencias. Tenemos servicios en salud de primer, segundo y tercer nivel; por lo tanto alguien tiene que regular y ejercer rectoría real sobre eso. Por ejemplo:

En Guayaquil hay 80 unidades de salud de REDIMA (una organización de la iglesia), y del Municipio que también hace prestación de salud y cada una de esas tiene dos hospitales del día, los mismos que no coordinan nada en algunas cosas con el MSP, es decir cada cual por su lado.

La realidad es que hay tres hospitales privados en atención por un público en Guayaquil.

El modelo neoliberal, se ha demostrado que no es el adecuado. Debemos tratar de hacer un COS de transición que nos haga avanzar hacia el modelo que consta en la Constitución. Estamos en un camino largo, más si ustedes Señores Asambleístas quieren dejar estancado, la historia les juzgara. Nosotros decimos, estamos aquí y no queremos quedarnos aquí, queremos dar un paso adelante, tal vez necesitemos de treinta o cuarenta años para tener equidad, más hay que avanzar.

Interviene Dr. José Ruales:

1) En el país no se esta ejerciendo la rectoría de manera integral y completa, instancias privadas y públicas que no cumplen la normativa, ejemplo: No se definen mecanismos para garantizar el financiamiento de las garantías explícitas que la Constitución tiene por ejemplo para los medicamentos de los adultos mayores, o la atención del parto. Hay una serie de elementos que no se están cumpliendo, y que en la propuesta del COS se avanza, pero todavía hay elementos que no están definidos tanto en lo regulatorio, conducción del sistema, como en la función operativa que tiene una autoridad sanitaria.

La autoridad sanitaria, no solo regula, controla, vigila, también ejerce acciones de salud pública definitivas, que aquí se confunden como funciones de la red pública integral de salud, como es la promoción de salud, la vigilancia de sanidad y otros, a eso me refería.

2) Autoridad Sanitaria Nacional, cualquiera sea su nombre, no tiene ninguna atribución sobre la función de financiamiento y la función de provisión de servicios. La Autoridad Sanitaria Nacional tiene función sobre la rectoría. Dentro de la Rectoría hay modulación del financiamiento, articulación de los servicios, pero no es la autoridad la que presta servicios, no es la que gestiona los recursos. Es la que establece mecanismos para que los recursos de toda la red se utilicen adecuadamente.

Hay una confusión también que se da en el Código, al establecer o al asimilar a la autoridad Sanitaria Nacional con el MSP en toda la redacción. Es necesario seguir la tendencia creciente que se da en todos los países, que es la de no concentrar todas las tareas de Rectoría en una sola institución, hay que crear mecanismos institucionales, diversos que de manera especializada lleven a cabo las atribuciones que tiene la Autoridad Sanitaria en la Rectoría, y generar mecanismos de participación; como dice en su propia propuesta, para lograr acción colectiva con todos los miembros del sistema.

3) No va en contra de la Constitución trabajar en el ámbito intersectorial, al contrario, es aplicar lo que dice el art. 32 de la Constitución; por lo tanto hay que definir al menos estos tres niveles de concertación y de participación, que son:

- El Consejo Nacional de Salud con sus respectivas instancias a nivel Subnacional, para allí hacer la concertación de la política, evaluación de los planes y articulación de los miembros del sistema.


- La Comisión Interministerial e interinstitucional para trabajar en los determinantes, y aplicar el art. 32 de la Constitución.


- Además la separación, independencia y autonomía de los órganos de control.

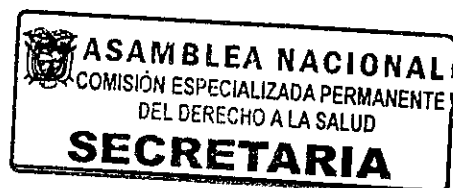
Interviene Asambleísta William Garzón:

Hace la entrega del Certificado de "Asambleísta por un Día" al Dr. Víctor Manuel Álvarez.

Se suspende la sesión.


Dr. William Garzón Ricaurte
Presidente de la Comisión
Especializada Permanente del
Derecho a la Salud.


Dr. Fernando Páez Morales
Secretario Relator de la
Comisión Especializada
Permanente del Derecho a la
Salud.



Catorce



REPÚBLICA DEL ECUADOR
ASAMBLEA NACIONAL

COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD
REGISTRO DE ASISTENCIAS

FECHA: 30 de Mayo del 2018

NUMERO DE SESIÓN: 242

HORA: 11:15

Asambleísta	Altern/a	Firma	Hora
María José Carrión Cevallos			
Ana Mercedes Galarza Añazco			
William Antonio Garzón Ricaurte			
Patricia Ivonne Henríquez Jaime			11:15
Manuel Alfredo Ochoa Morante			11:15
Juan Sebastián Palacios Muñoz			11:15
Gabriela Alejandra Rivadeneira Burbano			
Sánchez Angel Ruperto Sinmaleza			
Blanca Poly Ugarte Guzmán			11:15
Carlos Alfredo Vera Rodríguez			11:15
Jorge Homero Yunda Machado			12:00

CERTIFICO:

Dr. Fernando Paz Morales
Secretario Relator

CONVOCATORIA

Por disposición del señor Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, Dr. William Garzón Ricaurte, y de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 27 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa y el artículo 8 del Reglamento de las Comisiones Especializadas Permanentes y Ocasionales de la Asamblea Nacional, convoco a usted a la continuación de la **SESIÓN DE COMISIÓN No. 242**, que se llevará a cabo el día **miércoles 30 de mayo de 2018**, a las **11h00**, en la Sala de Sesiones de la Comisión, ubicada en el sexto piso, ala oriental del Edificio del Palacio Legislativo, situado en las calles Piedrahíta y Av. 6 de Diciembre, del Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha, con el objeto de tratar el siguiente orden del día:

1. Comisión General para recibir al señor doctor José Rúales, a fin de que exponga sus aportes y observaciones al Proyecto de Código Orgánico de Salud.
2. Comisión General para recibir al señor doctor Alberto Narváez, a fin de que exponga sus aportes y observaciones al Proyecto de Código Orgánico de Salud.
3. Comisión General para recibir al señor doctor Juan Pablo Aguilar, a fin de que exponga sus aportes y observaciones al Proyecto de Código Orgánico de Salud.
4. Comisión General para recibir al señor doctor José Rúales, a fin de que exponga sus aportes y observaciones al Proyecto de Código Orgánico de Salud.

Atentamente.


Dr. Fernando Paz Morales

SECRETARIO RELATOR DE LA COMISIÓN DEL DERECHO A LA SALUD