

Cambios al sistema de salud: ¿hacia una real reforma?



Por: Mauricio Torres-Tovar

EDICIÓN 107 ENE-ABR 2023

Por: Mauricio Torres-Tovar

Introducción: El debate sobre el sistema de salud se reabrió

Con la llegada del Pacto Histórico al gobierno nacional, en cabeza de Gustavo Petro y Francia Márquez, se abrió la esperanza para que los cambios sociales demandados por múltiples sectores de la sociedad durante décadas, se hagan realidad.

Sin duda, uno de estos cambios soñados, está relacionado con el anhelo por contar con otro tipo de sistema de salud en Colombia, que efectivamente garantice este derecho humano fundamental, lo cual ha sido demandado por décadas a través de múltiples denuncias, dinámicas de resistencias, movilizaciones y luchas sociales, así como de propuestas alternativas desarrolladas por sectores sociales, sindicales, gremiales y académicos, en procesos de confluencias, tales como el del Movimiento Nacional por la Salud, la Alianza Nacional por la Salud o el Pacto por la Salud y la Vida, entre otros (Torres-Tovar, 2013; Borrero-Ramírez, Torres-Tovar y Echeverry-López, 2021).

La iniciativa del gobierno nacional por un cambio en salud, ha reactivado el debate público sobre la necesidad de reformar el sistema de salud, dándose una respuesta fuerte desde los sectores gremiales y políticos tradicionales, quienes defienden el sistema actual, y en particular, el rol de las EPS; con una reacción limitada de los sectores y organizaciones sociales, los cuales han demandado un cambio de fondo, que incluye la eliminación de las EPS (Torres-Tovar, 2012).

En este contexto de debate público, emergió una narrativa desde los sectores tradicionales de poder, que se ha impuesto, afectando de manera importante la opinión pública: “Un salto al vacío”, “se va a destruir el sistema de salud”, “se va a destruir lo construido en treinta años”, “son posiciones que han ideologizado la salud, no sustentadas en evidencias”, “se va a perder la libre elección”, “es volver al pasado, una visión romantizada”, “hay que construir sobre lo construido”, argumentos difundidos desde los discursos de representantes del gremio de las EPS, de los partidos tradicionales, de sectores académicos y de grandes medios de comunicación, entre otros.

Desde los sectores sociales, políticos, gremiales y académicos que impulsan la reforma se plantea una contra narrativa, que es limitada, dado que no cuenta con los medios masivos para su difusión: “la salud es un derecho, no un negocio”, “la salud es política, no solamente técnica”, “es un cambio necesario y posible”, “el dinero que manejan las EPS no es de ellas, es dinero público”, “quien atiende directamente a la gente no son las EPS, son las IPS”, “sí, construir sobre lo construido, pero también reconstruir sobre lo destruido”.

Estas narrativas expresan dos posiciones en la sociedad frente al tema de salud. Una, que ubica la salud como un bien de consumo privado, que considera que su acceso se resuelve de mejor manera en el escenario de mercado, con agentes privados de negocio, en donde la preocupación fundamental es la salud de las finanzas del sistema y la visión de la salud está ligada profundamente a la atención individual de la enfermedad, y a las personas se les da una condición de usuario-cliente de unos servicios, que contratan con una EPS y donde el Estado pierde referencia.

La otra posición sostiene que la salud es un derecho humano donde la acción del Estado es fundamental para su garantía, razón por la cual a las personas se les considera ciudadanos/as, sujetos titulares del derecho a la salud; lo fundamental del sistema es la salud de la gente; la salud va más allá de la atención de la enfermedad individual, incluyendo la promoción, la prevención, el cuidado de la salud y la afectación de los determinantes sociales de la salud, lo cual implica intervenciones integrales directas en los territorios donde vive y trabaja la gente, a través de equipos interdisciplinarios y donde se debe proteger la salud de los que la cuidan, lo que demanda condiciones dignas de trabajo para los y las profesionales y técnicos de la salud.

En este debate reabierto, lo que se ha hecho evidente es que no se puede negar la necesidad de cambios al sistema de salud, porque es difícil ocultar el cúmulo de frustraciones y dolores que la sociedad ha vivido, producto del trato inadecuado que el sistema de salud le ha dado durante estas tres décadas, asunto del cual hablan las miles de tutelas en salud interpuestas por la ciudadanía cada año para que se les protejan su derecho a la salud, y que tienen como causa principal, la negación de

servicios de salud por parte de las EPS, a pesar de estar establecidas como obligaciones con sus afiliados (Defensoría del Pueblo, 2022).

Sucesión de proyectos de ley en salud

En esta dinámica de debate y propuestas en torno a cambios al sistema de salud, luego de un periodo de no conocerse con exactitud el texto de la propuesta de reforma del gobierno nacional, el día 13 de febrero del año en curso radicó el proyecto de ley (PL) que quedó inscrito con el número 339[1]. Posteriormente se han ido radicando otros proyectos tendientes a contrarrestar la propuesta de reforma del gobierno: el PL 340[2] y el PL 344[3], presentados por el Centro Democrático, al igual que el PL 341[4], aunque este fue respaldado por la Asociación de Pacientes Alto Costo; el PL 346[5] de Cambio Radical, y una propuesta modificatoria al PL 339[6] presentado por los partidos Liberal, Conservador y de U, que hacen parte de la coalición de gobierno[7].

En términos de la orientación de estos proyectos de ley, el del gobierno nacional plantea un cambio para establecer el manejo público directo de los recursos del sistema sin intermediación de las EPS; los otros cuatro proyectos presentados por partidos de la oposición, proponen mantener lo que existe con cambios menores, sin afectar el negocio de la intermediación financiera de las EPS; y la propuesta de los partidos tradicionales de la coalición de gobierno, que propone un sistema mixto.

Con la Resolución 006 del 21 de marzo de 2023, la Comisión VII de la Cámara de Representantes, donde se discuten las reformas de salud, decidió que se acumulen los cuatro proyectos de reforma que cursan en el legislativo[8], para presentar una ponencia conjunta y no discutir proyecto a proyecto.

En el marco de esta dinámica política, a finales de marzo, se presentó la ponencia acumulada[9] en la Cámara de Representantes en el Congreso de la República, que sostiene en esencia la iniciativa del gobierno nacional y que propone una transición para que las EPS cambien de carácter y se haga un manejo público directo de los recursos de salud del sistema, contratando directamente con la red prestadora de servicios de salud.

Esta ponencia acumulada, por supuesto ha tenido el rechazo de los partidos políticos tradicionales y los gremios de las aseguradoras en salud, en tanto acaba el manejo financiero de los recursos del sistema por parte de las EPS.

A esta dinámica deliberativa en la Comisión VII, se suman: una ponencia negativa que pedía archivar el proyecto acumulado[10], presentada por el Centro Democrático[11], y un conjunto de más de 130 proposiciones para ajustar la ponencia acumulada propuesto por los partidos Conservador y de la U[12], que llevó a que se radicara una Enmienda al articulado presentado dentro de la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara[13] (ver cuadro).

La Enmienda hace un conjunto amplio de ajustes a la ponencia acumulada pero, en el tema del manejo

de las finanzas del sector, se sostiene en que éste sea público y se haga sin intermediación, a través del ADRES. Las EPS que quieran se podrán convertir en Gestoras de Salud y Vida, cuya función será contribuir a la gestión integral del riesgo en el territorio de salud que les sea asignado, no recibirán UPC[14] y se les reconocerá hasta el 5% del valor per cápita de la población adscrita a los Centros de Atención Primaria (CAPS), a los cuales debe garantizar la atención de mediana y alta complejidad.

De momento, el debate sigue intenso, y día a día se van cambiando las posiciones de los diferentes sectores políticos y del gobierno, que pueden conducir la propuesta hacia cambios menores o profundos; en este sentido, el análisis que se hace en este texto puede variar rápidamente, aunque la esencia del debate está dada.

Temas centrales del cambio en salud propuestos

En este debate, el gobierno nacional ha colocado el case central para la deliberación pública. Lo ha hecho, recogiendo y organizando el cúmulo de propuestas que han planteado muchos sectores en el país, proclives a entender la salud como derecho humano y no como mercancía, las cuales fueron incorporadas inicialmente en el programa de gobierno del Pacto Histórico[15], y ya en ejercicio del mismo, las ha ido impulsando no solo con programas específicos, como el del modelo de salud preventivo y predictivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), basado en Atención Primaria en Salud (APS), sino colocándolas en el PL 339 para que se garantice el derecho a la salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud.

La propuesta del PL del gobierno crea el Sistema de Salud, sobre la base de un modelo de aseguramiento social, financiado por los aportes parafiscales de las cotizaciones a la seguridad social y con recursos propios de la nación, que van a un fondo público denominado ADRES[16]. La propuesta recoge las principales aspiraciones demandadas por la movilización social, que buscan eliminar la intermediación ejercida por las EPS; establecer un modo de atención en salud territorializado con base en la promoción, prevención y atención oportuna; trabajo digno y decente para los y las trabajadoras del sector salud; respeto a la autonomía médica y de otras profesiones de la salud; y contar con un real sistema de información en salud con acceso público que el cual articula con formas de participación y control social.

Tal como se observa, la propuesta propone cambios en varios aspectos del sistema de salud, siendo los más relevantes los que atañen al tema de quién y cómo maneja los recursos financieros del sistema, el modo de atención en salud, las condiciones laborales del conjunto de trabajadores y trabajadoras del sector, y los aspectos relacionados con la gobernanza del sistema.

Manejo publico directo de los recursos de salud: la propuesta del gobierno plantea que el manejo de los recursos financieros del sector salud, que son de carácter público, debe ser realizado directamente por el Estado, a través de la ADRES, en una perspectiva desconcentrada, creando fondos regionales de la Administradora, sin la intermediación que hacen las EPS desde hace 30 años, y entendiendo que en este aspecto reside la matriz estructural que explica en gran medida, la mercantilización de la salud y

que ha organizado los otros componentes del sistema^[17].

En este sentido, el núcleo duro de la propuesta del gobierno es la recuperación de la administración de los recursos públicos existentes y el retiro de esta delegación a las EPS, decisión que está en sintonía con el mandato de la Ley Estatutaria en Salud (LES)^[18] (Hernández, 2023). De tal manera, que ya no se requerirían autorizaciones por parte de las EPS para la atención de pacientes, sino que se daría un pago directo por la prestación de los servicios a las instituciones de salud, tanto a las de carácter público como privado (las hoy llamadas IPS y ESE), desde los fondos regionales de la ADRES (que tendrían también la labor de auditar estas cuentas antes de sus pagos), sobre la base de un manual tarifario de los servicios, evitando una intermediación innecesaria en el sistema de salud.

Modo de atención en salud de base territorial: la propuesta del gobierno busca poner en operación al sistema de salud desde los territorios, en donde viven y trabajan las comunidades, tanto urbanas como rurales, utilizando como base del modelo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Esto resuelve un problema muy serio generado por la Ley 100 con el modelo de aseguramiento en salud, que, por un lado desterritorializó el sistema de salud, porque al aseguramiento no le interesa donde viven sus afiliados, y por otro lado, busca excluir como asunto central del sistema la atención individual a la enfermedad, para centrarse en la promoción de la salud, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud (referido a aspectos como el acceso al agua potable, a alimentación saludable, a saneamiento básico e higiene, a educación en salud, a condiciones seguras de trabajo, a ambientes sanos, entre otros), la prevención de la enfermedad y la atención en salud oportuna y de calidad.

La propuesta del gobierno plantea como instituciones esenciales del modo de atención a los CAP, que se constituyen en puerta de entrada del sistema de salud, ubicados en los territorios donde viven las personas y que están constituidos por varios equipos territoriales de salud, integrados por diversos profesionales de la salud. Con esto, se espera tener una alta capacidad resolutive de los problemas de salud de la población de manera que sea oportuna, continua, integral y efectiva^[19], y aquellos eventos que no puedan solucionarse en este nivel, deben ir a través de un proceso de referencia y contrareferencia, por las redes integradas e integrales de servicios, de carácter público y privado, las cuales serán instituciones de referencia de los CAP.

Al respecto, se sabe que la APS permite estar cerca de la gente, crear vínculos importantes entre los equipos de salud y las familias y comunidades, para adelantar las tareas de prevenir, predecir, anticipando que aparezca la enfermedad, y afectar las condiciones de vida y de trabajo, con recursos y políticas públicas intersectoriales en el territorio, que impacten las bases de las determinaciones sociales de la salud. Asunto que, a su vez, demanda una participación real y efectiva de las comunidades, para incidir en el curso de las decisiones sobre salud, que se van tomando en el territorio.

Condiciones dignas de trabajo: no debe ser tolerable que se deteriore la salud de quienes dedican su vida laboral a cuidar la salud de otros/as, producto de las condiciones precarias en que se trabaja. En este sentido, y bajo el mandato de la LES encaminado a generar respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, la propuesta del gobierno plantea la laboralización de las trabajadoras/es de la salud, con fórmulas específicas para el sector privado y para el público, estableciendo para este último el carácter estatal de sus trabajadores, en las denominadas instituciones de salud estatales (ISE)^[20], que contarán con contratos que podrán ser a término definido, indefinido o por obra/labor, según la necesidad y el trabajo requerido.

Para el sector privado, el gobierno nacional formula avanzar en la dignificación del trabajo a través de contrato ceñidos al Código Sustantivo del Trabajo y a las respectivas leyes laborales. Además, plantea que el presidente de la república podrá “expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud, tanto del sector privado como del sector público”^[21].

Sobre el particular, la propuesta de reforma del gobierno va dirigida a crear un régimen laboral especial para quienes trabajan en el sector salud, con incentivos salariales y no salariales, diferenciados por zonas del país, un sistema de bienestar social, desarrollo de los Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en las instituciones, así como el impulso a la educación continua y la formación profesional.

La intención de formalizar el trabajo en este sector, requiere recorrer un camino, que debe involucrar a los propios trabajadores/as y empleadores, para asegurar que la propuesta se materialice, pues además de formalizar el empleo, se requiere un cambio en la organización del trabajo, involucrando la complejidad de aspectos laborales que garanticen un trabajo digno y decente, protector de la vida y el bienestar, con perspectiva de género (Molina Achury, 2023).

Gobernanza del sistema de salud: la propuesta del gobierno busca ampliar la dirección del sistema de salud, mediante un esquema de consejos en diferentes instancias y niveles territoriales, permitiendo que indiquen la orientación de la política pública, las prioridades de uso de los recursos públicos, al tiempo que realicen la veeduría y el control social de su manejo.

El PL 339 propone crear instancias de dirección, participación y control social, en los niveles nacional, regional y territorial^[22], para temas referidos a determinantes de la salud, dirección del sistema, planeación y evaluación, así como al control de los recursos públicos. Para el nivel territorial, crea los Consejos Territoriales de Salud, que tendrán una composición similar de integrantes al Consejo Nacional, teniendo en cuenta las particularidades del territorio. Su labor será proponer las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y adelantar la coordinación, seguimiento y veeduría al Sistema de Salud y sus recursos en el territorio.

A su vez, la propuesta establece un sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud que

será dirigido por la Superintendencia Nacional de Salud, y que contará con el apoyo concurrente de la Red de Controladores del Sector Salud, con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud. Establece que la ciudadanía que participe individualmente o representada por organizaciones sociales, podrá ejercer las veedurías en salud, desde el ámbito microterritorial hasta el nacional, en coordinación con la Superintendencia de Salud.

Así mismo, la propuesta define crear el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, instrumento clave para la realización de los procesos de participación y control social, ya que es claro que la información es un recurso de poder y su acceso es fundamental para los procesos de democratización en salud.

De este componente de gobernanza del sistema de salud incluido en la propuesta del gobierno, opta por una construcción participativa de arriba hacia abajo y mantiene un carácter de democracia representativa, con alcances limitados, y no hace una apuesta más decidida por una democracia directa, deseable en una perspectiva de ampliación democrática del sistema de salud, asunto que también se expresa en el carácter propositivo y de recomendación, no decisorios, que les da a los escenarios de participación que crea, indispensable para ahondar en la real posibilidad de participación, entendida como la capacidad de incidir en la orientación de las decisiones (Torres-Tovar, 2023).

Confluencias y desacuerdos

En la dinámica política que significa discutir y aprobar un proyecto de ley en el Congreso de la República, se han dado varios procesos: uno, desde los sectores que no comparten la propuesta de gobierno que busca frenarla o cambiarla, como se mencionó, una vez radicado el PL lo conceptuó como una reforma a la ley estatutaria en salud y no como una ley ordinaria, lo que implicaba tramites y tiempos muy distintos, asunto que en su momento fue resuelto por la presidencia de la Cámara de Representantes, al definir el PL como un proyecto de ley ordinaria

En esta dinámica, también se han dado diálogos entre el gobierno nacional y tres de los partidos tradicionales (Liberal, Conservador y de la U), que hacen parte de la coalición de gobierno, que requiere tener el respaldo de sus bancadas en el Congreso para la aprobación del PL. Este proceso se ha dado por varias semanas con desacuerdos permanentes y algunos amagos de acuerdos, teniendo como punto álgido el que se mantengan o no las EPS.

En medio de este proceso, se ha planteado que sobre la propuesta del gobierno hay un conjunto de confluencias frente a la necesidad de cambios, referidos al modo de atención territorializado del sistema basado en APS y articulado con redes integradas e integrales de servicios de salud, la afectación de los determinantes sociales de la salud, la gobernanza del sistema, el sistema de información y la superación de la precariedad laboral de los y las trabajadoras del sector. Sin embargo, al detallar cada tema, de seguro emergerían diferencias, que habría que ver hasta dónde podrían generar acuerdos.

Sin duda entonces, hay un franco desacuerdo en relación con el tema de mantener o no la intermediación que hacen las EPS, asunto fundamental pues no se pueda ver y tratar aisladamente.

La propuesta de los partidos tradicionales de la coalición de gobierno, es mantener la figura de la intermediación financiera con las Empresas Gestoras de Salud y Vida, como pasarían a llamarse las EPS, aceptando el giro directo de la ADRES a las instituciones prestadores de servicios de salud, pero con su autorización y estableciendo en su favor, un 5%, como porcentaje de pago de su administración.

Con esta propuesta, los partidos tradicionales buscan establecer un sistema mixto de salud, que combine la presencia de la intermediación de las aseguradoras y una labor de las instituciones de prestación de servicios. Bajo este esquema, los hospitales se quedarían a cargo del nivel básico de atención en los territorios rurales y apartados, y las aseguradoras mantendrían el esquema de operación definido en la Ley 100 en las grandes y medianas ciudades (ALAMES y otros, 2023).

A esto se ha intentado llegar por parte de los partidos tradicionales en la negociación con el gobierno, que llevó a que aparecieran algunos de estos elementos en la ponencia acumulada y posteriormente en la Enmienda que es, a la fecha, la que se está discutiendo en la Comisión VII de la Cámara, después de que la ponencia negativa presentada por el partido Centro Democrático fue rechazada.

Esto es reformar para que no cambie nada, porque se mantendría la intermediación financiera con lucro de los recursos para la salud, dejándole al Estado la red de APS, mientras los privados dominan las redes de mediana y alta complejidad. En este sentido, sería establecer un aseguramiento público y privado, es decir, uno para población pobre y otro para la población con capacidad de pago, con lo que se establecería una mayor fragmentación, generando un sistema de salud aún más inequitativo que el que tenemos actualmente, siendo así peor la cura que la enfermedad.

Este proceso, sin duda, vuelve a revelar lo fundamental que es para el capital sostener el modelo del aseguramiento intermediado, y muestra la capacidad de poder de los sectores económicos que se lucran de la labor de las EPS, así como su articulación con los partidos políticos tradicionales y con sectores gremiales y académicos, que han jugado un papel decisivo para desvirtuar la necesidad de eliminar la intermediación financiera, pieza clave para configurar un sistema que efectivamente garantice el derecho a la salud.

Momento fundamental de movilización social

La necesidad de cambio en el sistema de salud, tiene que ir más allá de un arreglo institucional, para estructurar un sistema que produzca salud y no solamente atención a la enfermedad, por lo cual es necesario realizar una transformación cultural e institucional en varias dimensiones (Torres-Tovar y Hernández-Álvarez, 2022).

Pese a encaminarse en la dirección requerida, esto dependerá de las actuales relaciones de poder. Si se

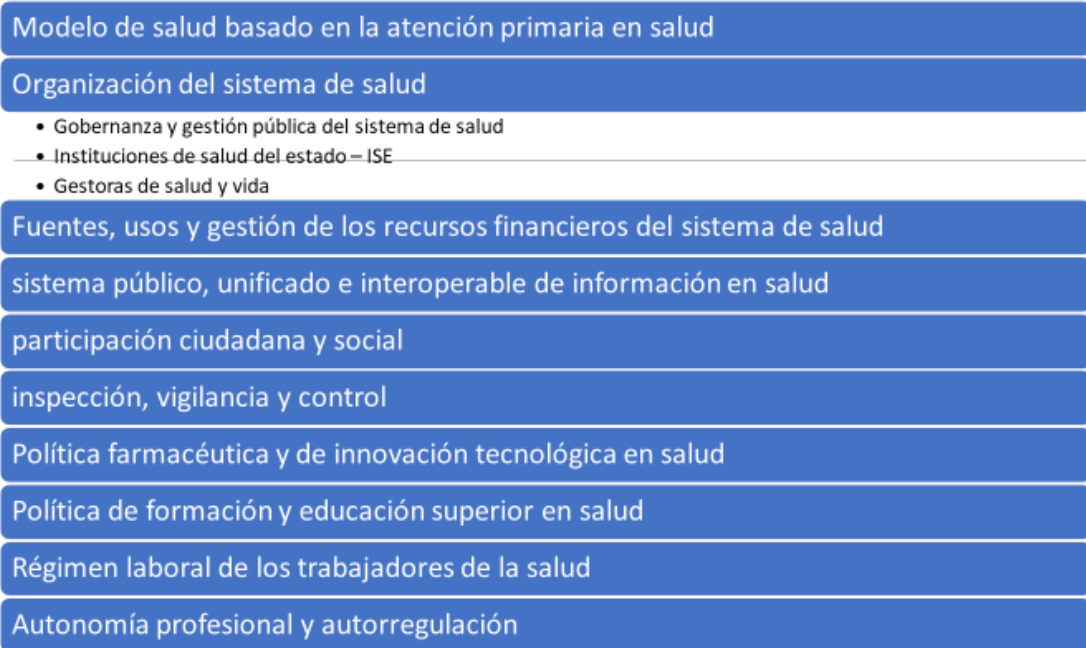
mantiene la influencia de quienes en general han tenido el poder en el país, no se van a dar los cambios que se requieren; si se logra desequilibrar ese poder, fundamentalmente por una gran fuerza social expresada a través de la movilización social, es posible avanzar en la vía requerida y demandada por múltiples sectores de la sociedad, especialmente los subalternos, quienes sufren las inequidades y desigualdades sociales y en salud.

Estamos ante tres escenarios posibles: uno, que se avance en la vía de la propuesta de cambio planteada a través del PL del gobierno, incorporando aspectos que la mejoren en lo laboral y la participación y control social (entre otros aspectos) como se ha señalado en este texto; dos, ir por la vía que plantean los partidos tradicionales, generando un sistema mixto, que puede ser peor que el actual, ahondando el lucro y la inequidad; o finalmente, que se termine archivando el PL.

Hay un momento político sui generis en el país, y dependiendo cómo se actúe, tanto por parte de la sociedad, como desde el gobierno nacional, puede concretarse el sueño de una reforma de este sector, que configure un sistema de salud humano, destinado al cuidado y atención, y no al lucro, que le dé el valor que merecen a los y las profesionales del sector, que cuide los recursos públicos y los destine de mejor manera, afectando las determinaciones sociales de la salud (Torres-Tovar, 2022).

Esto les exige actual a los sectores y organizaciones sociales. La forma como los gobiernos progresistas pueden avanzar en la línea deseada, es producto de la movilización y la presión de los diversos sectores sociales, para que las decisiones que adopten, salden deudas históricas de injusticia social y sanitaria.

Es hora de intensificar la movilización social que conduzca a que se apruebe una real reforma y no un cambio más de maquillaje.



Temas centrales abordados en la Enmienda presentada al PL 339 de 2023.

Referencias

ALAMES y otras organizaciones sociales (marzo, 2023). Comunicado: Preocupaciones por la negociación política de la reforma a la salud en Colombia. <http://bit.ly/40pH292>

Borrero-Ramírez, Yadira; Torres-Tovar, Mauricio y Echeverry-López, Esperanza (2021). Construcción social del movimiento de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública; 37(12):e00345220

Defensoría del Pueblo (diciembre 4, 2022). Tutelas en salud aumentaron 58,31% en el promedio mensual a septiembre de 2022 frente a 2021.

<https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021>

Hernández-Álvarez, Mario (marzo 18, 2023). La reforma a la salud en el gobierno del cambio. Bogotá: Periódico Desde Abajo. Edición Extraordinaria.

<https://viva.org.co/cajavirtual/svc0818/pdfs/PeriodicoReformaSalud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una potencia mundial de la vida.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-la-construccion-del-Modelo-de-Salud-Preventivo-y-Predictivo.aspx>

Molina-Achury, Nancy (marzo 18, 2023). El tema laboral en la reforma a la salud. Dignificar el trabajo de quienes cuidan la vida en Colombia. Bogotá: Periódico Desde Abajo. Edición Extraordinaria.

<https://viva.org.co/cajavirtual/svc0818/pdfs/PeriodicoReformaSalud.pdf>

Torres-Tovar Mauricio (3 de febrero, 2012). Clamor general: ¡NO MÁS EPS! Semanario Virtual Caja de Herramientas. Edición 289.

Torres-Tovar, Mauricio (2013). Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: Cinep.

Torres-Tovar Mauricio (18 noviembre, 2022). Reforma a la salud: soñada, demandada, pensada durante años. Desde Abajo, Edición 297.

Torres-Tovar, Mauricio (marzo 18, 2023). ¿Se democratiza el sistema de salud? Participación y control social en la propuesta de reforma. Bogotá: Periódico Desde Abajo. Edición Extraordinaria.

<https://viva.org.co/cajavirtual/svc0818/pdfs/PeriodicoReformaSalud.pdf>

Torres-Tovar, Mauricio y Hernández-Álvarez, Mario (agosto, 2022). Transformación del Sistema de Salud va más allá de eliminar o no las EPS. UN Periódico.

[1] <http://bit.ly/3Li1Udz>

[2] <http://bit.ly/3laVa6L>

[3] <http://bit.ly/428jVRs>

[4] <http://bit.ly/3yzq7o4>

[5] <http://bit.ly/3Jz6H9p>

[6] <https://bit.ly/3ywQwD3>

[7] Al momento que se escribe este texto, el partido liberal comentó que presentará por aparte, un PL <https://www.wradio.com.co/2023/03/28/cesar-gaviria-no-llego-a-reunion-con-petro-y-alista-su-propia-reforma-a-la-salud/>, y a posteriori, los partidos Conservador y de la U, indicaron que al parecer, también retirarán su respaldo a la propuesta de gobierno.

[8] No se incluye el PL del partido Cambio Radical, ya que este busca ser tramitado en la Comisión I de Cámara, dado que propone una reforma a la Ley Estatutaria de Salud.

[9] <https://petro.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Radicada-en-la-Camara-de-Representantes-la-ponencia-del-Proyecto-de-Ley-por-230331.aspx>

[10] Presentada por los representantes a la Cámara Juan Corzo del Centro Democrático y Betsy Pérez de cambio Radical. https://drive.google.com/file/d/13MUzj49E-QHMbyzu_hotIQzBS-Fe0DSc/view

[11] El día 19 de abril, en la Comisión VII de la Cámara fue rechazada esta ponencia negativa, con 17 votos en contra y 4 a favor. Solo los representantes del Centro Democrático y de Cambio Radical votaron por que se mantuviera la discusión de esta ponencia, lo que demuestra el trabajo del gobierno para mantener las alianzas que permitan sacar adelante esta iniciativa legislativa.

[12] La Silla Vacía (abril 11, 2023). Bloque godos y La U solo apoyará la reforma a la salud si se aceptan proposiciones. <https://www.lasillavacia.com/la-silla-vacia/envivo/bloque-godos-y-la-u-solo-apoyara-la-reforma-a-la-salud-si-se-aceptan-proposiciones>

[13] <https://www.camara.gov.co/camara/visor?doc=/sites/default/files/2023-04/Enmienda%20pl.%20339%20de%202023%20C%C3%A1mara%20%28abril%2018-23%2C%2020-43%20H.%29%20%283%29.pdf>

[14] Unidad de Pago por Capitación: es el dinero que las EPS reciben por cada afiliado y beneficiario que tienen a su cargo. Este dinero deben utilizarlo para el pago de los servicios que las personas requieran pero, aunque no sea utilizado, no retorna al Estado.

[15] <https://gustavopetro.co/programa-de-gobierno/temas/>

[16] Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

[17] Al momento que se escribe este texto, como parte de las negociaciones políticas que implica buscar un acuerdo para aprobar el PL 339, han establecido que la figura de Fondos Regionales no va.

[18] Ley 1751 de 2015.

[19] Que es lo que se sabe y se tiene como referencia internacional a partir de los sistemas de salud basados APS.

[20] Las instituciones que veían denominándose Empresas Sociales del Estado (ESE), ahora se llamaran ISE.

[21] <http://bit.ly/3Li1Udz>

[22] Manteniendo espacios de participación social, definidos previamente a través de las leyes 10 de 1990, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.