

COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

**FACULTADES DE CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO Y RELACIONES
INTERNACIONALES**

MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS E INTERNACIONALES

**MEDICINA Y POLÍTICA: EL ROL DE LOS MÉDICOS EN LAS REFORMAS
SANITARIAS DE COLOMBIA. A PROPÓSITO DE UN ESTUDIO DE CASO**

JOSÉ FERNANDO TOVAR VALLE

TUTOR:

EMILIO QUEVEDO V

BOGOTÁ D.C 30 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESUMEN:

El propósito de esta tesis es analizar la influencia de las organizaciones médicas en el desarrollo de reformas sanitarias en Colombia. Este trabajo de investigación recurre al método de estudio de caso para analizar de los sucesos ocurridos en el año 2013, cuando el gobierno de Juan Manuel Santos propuso una reforma al sistema de salud colombiano. Para lograr un adecuado análisis este estudio recurrió al uso de las fuentes teóricas de Pierre Bourdieu y John Kingdon que permitieran entender los sucesos ocurridos entre el año 2012 al 2014.

Esta tesis prueba la hipótesis que explica el papel especial que juegan las organizaciones médicas en este momento histórico, enfatizando en las acciones sociales hechas por los profesionales médicos en la construcción de políticas públicas en salud.

Finalmente, este trabajo está basado en un abordaje cualitativo soportado en los comunicados de prensa del Ministerio de Salud y Protección Social, revisión documental y entrevistas a los principales actores involucrados en esta particular reforma a la salud.

PALABRAS CLAVES:

Salud Pública, Medicina, Historia de la Medicina, Política Pública, Movilidad Social, Organizaciones en Salud, Médicos, Sociedades y Reforma de la Atención en Salud.

DEDICATORIA:

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mis padres quienes siempre han apoyado mis sueños y nunca han dejado de estar a mi lado en el desarrollo de esta tesis.

Igualmente quiero dedicar también este proyecto a Mariana quien ante la adversidad y las dificultades que encontré en el camino siempre supo cómo enseñarme a ser paciente y perseverante.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a mi tutor, Emilio Quevedo, quien me enseñó que la medicina va más allá de los consultorios y la clínica tradicional. El profesor Quevedo me mostró que lo hermoso de esta profesión radica en la integralidad de esta con disciplinas como son la historia, la ciencia política y la sociología. A través de nuestras reuniones sentía que el mar de conocimiento existente en esa disciplina es infinito y que solo por eso existe un propósito de vida académica.

También quiero agradecer a mi amigo Jhon Bonilla quien siempre estuvo motivándome a culminar este trabajo y muchas veces me dio sus consejos para terminar esta investigación.

Agradezco la colaboración prestada a los miembros de las distintas organizaciones médicas como fueron Carolina Corcho, Juan Mendoza Vega, Clemencia Mayorga y Marcela Vélez. También al ministro de salud Alejandro Gaviria y al ex viceministro de salud Fernando Ruíz.

Igualmente, a todos mis compañeros de la maestría con quienes compartía constantemente mis dudas y siempre estaban listos a colaborarme.

TABLA DE CONTENIDOS:

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	16
ESTADO DEL ARTE	16
MARCO TEÓRICO	38
METODOLOGÍA	44
CAPÍTULO II	47
CRONOLOGÍA DE UNA REFORMA A LA SALUD: LA PROPUESTA DEL GOBIERNO DE JUAN MANUEL SANTOS CALDERON	47
El Sistema de Salud Colombiano	47
Dirección del Sistema de Salud Colombiano	48
Crisis en el sistema de salud y visión del gobierno de Santos Calderón	50
Los actores del sistema de salud piden una transformación	54
Reformar el sistema de salud: ¿Ley Estatutaria o Ley Ordinaria?	56
El Congreso de la República: arena de proyectos para reformar el sistema de salud	63
Un 2012 que termina y avecina cambios	64
El 2013: un año turbulento para la salud	65
La reforma a la salud continua su camino en medio de debates	70
El proyecto de ley estatutaria: La salud como derecho fundamental [...] mientras la economía lo permita	72
El proyecto de ley ordinario 210: Un proyecto que afectó muchos intereses	76
Un proyecto de ley que camina en un contexto lleno de problemas	78
Momento crítico: Se dilata el debate y la reforma no convence	81
La ley ordinaria 210 de 2013 es aprobada en el senado y las movilizaciones no dan espera	83
Todos contra la reforma: El debate en la Cámara de Representantes se congela	87
Llega el 2014: La Corte Constitucional ratifica la Estatutaria y la Cámara de Representantes hunde la Ordinaria	89
CAPÍTULO III	93
LOS MÉDICOS SE ORGANIZAN: UNA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA CONSTRUIR UNA VISIÓN DE LOS SUCESOS	93

El campo de Salud: Un escenario de luchas por el poder	93
El campo de la salud frente al poder: Identificando un objeto de estudio	95
Posiciones ocupadas por los agentes dentro del campo de la salud y <i>habitus</i>	102
¿Por qué una Marcha de las “Batas Blancas”?	106
Las organizaciones médicas invitan a marchar contra la reforma: Aparece una ventana de oportunidad.....	115
Los sucesos ocurridos en el 2013: Aplicando la teoría de las múltiples corrientes con la aparición de una ventana de oportunidad.....	117
Hundimiento de la reforma ordinaria 210 de 2013: La influencia de los médicos .	131
CONCLUSIONES	138
ANEXOS	142
 Lista de entrevistados	142
BIBLIOGRAFIA	143

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	33
Ilustración 2	43
Ilustración 3	49
Ilustración 4	107
Ilustración 5	114
Ilustración 6	118
Ilustración 7	119

INTRODUCCIÓN

The professions, then, are involved in the constitution of the objects of Politics; in the identification of new social problems, the construction of the means or instrumentalities for solving them, as well as in staffing the organizations created to cope with them.

Terry Johnson

¿Qué está sucediendo con las profesiones? Es la pregunta con la cual Terry Johnson inicia su texto “*Health Professions and the State in Europe*” (Johnson, Larkin, & Saks, 2005, p. 4). En este documento, el autor plantea que, en la actualidad existe, de manera hegemónica, una inadecuada interpretación en la relación entre las profesiones y el Estado (Johnson et al., 2005).

Johnson recurre a distintos autores para exponer las relaciones existentes entre el Estado y la profesión médica, relaciones que no son uniformes para todos los académicos (Johnson et al., 2005). Por ejemplo, Eliot Freidson, consideraba que la profesión médica surge como resultado de la protección brindada por poderosos, una protección que le permitió el desarrollo de su autonomía profesional (Freidson, 1988). Según Freidson, los Estados modernos han dejado el control de los aspectos técnicos a las profesiones, de allí según este autor, se desprende la autonomía profesional médica (Freidson, 1988).

Freidson tendría una concepción del Estado como un “sujeto coherente y calculador”, y reforzaría la idea de la independencia del trabajo médico, como técnica, de la intervención externa y la evaluación de la misma (Johnson et al., 2005, p. 4).

Por otra parte, Magali Sarfatti Larson, consideró el surgir de las profesiones, como la medicina, como el resultado de la construcción de un mercado en servicios profesionales (Johnson et al., 2005). Larson planteó en su texto que una profesión está conformada por la

relación que conforma una ocupación, o actividad laboral especializada, con cierto tipo de sociedad y la estructura de clase establecida (Larson, 2013). Esta autora contempla las profesiones por fuera y por encima de la clase trabajadora (Larson, 2013). Los servicios médicos, para este caso, apoyados en los conceptos de Larson se justifican en el requerimiento de un entrenamiento y la socialización ante la opinión pública como profesionales legítimos (Johnson et al., 2005).

Terry Johnson utiliza el concepto de gubernamentalidad, desarrollado por Michel Foucault, para explicar que la “institucionalización de la experticia” en “forma de profesiones” hace parte de ese concepto teórico (Johnson et al., 2005, p. 5). De esta forma, Foucault, cambia la mirada tradicional del concepto de un Estado que es “un sujeto coherente y calculador cuyo poder político crece con su intervención en la sociedad civil” por otra que involucra una visión de “un conjunto de instituciones, procedimientos, tácticas, cálculos, conocimientos y tecnologías” (Johnson et al., 2005, p. 6).

Unificar los conceptos de gubernamentalidad con el funcionamiento de las profesiones, permite identificar que la profesión médica puede considerarse como un eje para el funcionamiento del aparato productivo de un país. Es decir, desde una perspectiva Foucaultiana, los médicos son un componente del engranaje estatal al ser los encargados del mantenimiento de la población sana. Población que hace parte de la clase media trabajadora que impulsa el desarrollo de una nación.

Para Foucault “el cuerpo humano se reconoció política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece característico de la evolución de la medicina social, o sea de la propia medicina en Occidente, que al principio el poder médico no se preocupó del cuerpo humano como fuerza de producción. La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletario, en

el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos” (Foucault, 1974, p. 6)¹.

Este mismo autor, planteó la profesión médica como un agente que disciplina a una sociedad, al referir que “el elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de una a la otra, es la norma. La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a que se pretende regularizar” (Hernández Delgado, 2013, p. 82). De ahí que la facultad que posee la profesión médica de determinar lo normal y lo anormal, lo saludable y lo patológico, representan un poder que se puede ejercer en las sociedades.

Todos estos autores coinciden en la relevancia de estudiar las organizaciones médicas en las ciencias políticas. Dadas las múltiples ópticas que puede tener este tema, es que he decidido emprender mi investigación en esta área de estudio.

La participación de las organizaciones médicas en la construcción de reformas que transforman los sistemas de salud en el mundo constituye un elemento de análisis a considerar cuando queremos evaluar las políticas públicas en el área de la salud. Estas organizaciones no se comportan de forma similar en todos los países, ni la orientación

¹ Es decir, que el cuerpo, como instrumento de la producción, solo se vuelve socialmente importante con el nacimiento de la sociedad industrial y de una medicina funcional a dicha sociedad que se ocupa, desde la fisiología y la fisiopatología experimentales, del consumo y la reposición de la energía en el cuerpo del trabajador y lo que eso implica para la productividad.

educativa en la formación de estos profesionales es de igual envergadura en las diferentes zonas geográficas de nuestros continentes.

Distintos autores han emprendido investigaciones, tratando de comprender el comportamiento de las organizaciones médicas frente al éxito o fracaso de iniciativas que buscan reformar la salud de un país. En algunos lugares se han convertido en grupos consolidados con poder de veto frente a las instituciones gubernamentales, pero en otros espacios se han comportado como observadores, y no participantes, de los procesos que generan políticas en salud.

Ante los retos que implica entender el funcionamiento de estas organizaciones médicas como actores sociopolíticos, es que esta investigación busca a través de un análisis de caso, entender los sucesos ocurridos en Colombia en el marco de la reforma a la salud de 2013.

Las reformas a la salud se han convertido para muchos gobiernos, como pilares en sus planes de desarrollo y han implicado retos, frente a la construcción de modelos que contemplan desde un sistema de salud completamente nacionalizado hasta la participación de la empresa privada. Estas reformas reflejan la visión que tienen las naciones del concepto de salud. Para nuestro caso un bien inmaterial transable, hasta el planteamiento como un derecho fundamental en la percepción teórica y tan difícilmente llevado a la práctica.

Las reformas sanitarias influyen en la forma en que las organizaciones médicas ejercen su labor, constriñendo o abriendo paso a la autonomía profesional. Estas reformas pueden ser bloqueadas por las organizaciones médicas, según sus intereses, a través de la movilización social (Redacción de Justicia, 2015).

La profesión médica ha considerado su oficio como una profesión liberal como resultado de la construcción del vínculo entre el médico y el paciente, lo cual permitía en el profesional el cobro de honorarios por sus servicios de forma directa con el enfermo. Tal como refiere Jaime Campos en el XVIII Congreso Colombiano de Medicina Interna:

“No podemos permitir que la burocracia, la productividad y la intermediación, entre otros, oscurezcan nuestro juicio, anulen nuestra vocación y por ende nuestra razón de ser. Nuestra responsabilidad es con el enfermo, es con la Ciencia y el Arte de la Medicina, y a través de esta, con la sociedad” (Patiño Restrepo, 2014, p. 29).

Organizaciones médicas como la American Medical Association (AMA), han ejercido su influencia en el desarrollo del sistema de salud norteamericano, a través de la continuidad del modelo de aseguramiento y en contraposición a la nacionalización de este. Igualmente, en Suiza, las organizaciones médicas han recurrido al ejercicio de medidas, como el referendo, para obstaculizar las reformas gubernamentales en salud que pretendían regular la autonomía del ejercicio profesional.

La articulación observada en países europeos no ha sido uniforme, por lo que encontramos sistemas de salud diferentes en cuanto a la concepción y el desarrollo de reformas que pretenden transformar la forma en que se ejerce la medicina en estos países.

Este proyecto de investigación surge como respuesta ante el escaso contenido en la literatura académica de la relación entre los médicos y su influencia en las reformas sanitarias en Colombia. Las temáticas entorno a los movimientos sociales en salud, específicamente las organizaciones médicas, han constituido un problema poco estudiado por el sector académico (Borrero-Ramírez & Echeverry-López, 2014). Además, el contenido identificado en la

búsqueda bibliográfica nacional se ha enfocado entorno a la temática de la acción colectiva de distintos actores de la sociedad civil y es escaso el contenido relacionado sobre el rol del sector médico y el desarrollo de una política pública en salud. Por eso, esta investigación profundiza en este aspecto con el fin de contribuir a la comprensión de la importancia de los movimientos sociales por la salud, especialmente las organizaciones médicas, como influyentes en la formulación de las políticas públicas.

Diversos autores nacionales han enfocado sus trabajos entorno a dos momentos históricos: La creación de la constitución política de 1991, con la posterior ley 100 de 1993, hasta la expedición de los decretos de emergencia social en el año 2010. Por lo anterior, he decidido realizar una mirada entorno al reciente proyecto de reforma a la salud en el año 2013, propuesto por el gobierno de Juan Manuel Santos, que pretendía realizar múltiples cambios a la estructura del sistema de salud colombiano. Proyecto que generó la coalición de distintas organizaciones médicas para hacer frente a esta propuesta gubernamental.

El objetivo principal de esta investigación consiste en:

Construir una “caja de herramientas” teórica que permita analizar la influencia de las organizaciones médicas en el desarrollo de reformas sanitarias en Colombia, esto mediante puentes epistemológicos que comuniquen líneas teóricas que puedan ser complementarias².

²Este objetivo se fundamenta en el trabajo publicado por Emilio Quevedo V. y colaboradores, titulado “Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad” (Quevedo, Hernández, Cortés, & Eslava, 2013). En este trabajo Quevedo expone una matriz como resultado de los distintos elementos teóricos articulados entre sí. De allí mi interés en relacionar distintos conceptos teóricos que fuesen complementarios y además que logren explicar la problemática de mi estudio.

Este objetivo se realiza a través del desarrollo de la pregunta de investigación que rige este trabajo:

¿Cuál fue la influencia, en el periodo comprendido entre el año 2012 y 2014, de la Gran Junta Médica Nacional en la toma de decisiones frente a la reforma estructural al Sistema de Salud Colombiano por el gobierno de Juan Manuel Santos?

Frente a esta pregunta de investigación se plantea la siguiente hipótesis:

La influencia de la Gran Junta Médica fue el resultado de la convergencia de los intereses de las distintas organizaciones, médicas y de la sociedad civil, que coincidieron con un periodo histórico pre electoral que favoreció con el hundimiento de la reforma a la salud en el año 2013.

Los demás objetivos comprendidos en este trabajo de investigación son:

- Exponer el inicio y la conclusión del proyecto de reforma a la salud del gobierno de Juan Manuel Santos.
- Identificar el rol de las principales organizaciones médicas en Colombia frente a la construcción de reformas sanitarias.
- Analizar desde una perspectiva teórica las luchas por el poder en el campo de la salud por parte de las organizaciones médicas.
- Estudiar la articulación entre las distintas organizaciones médicas frente a la reforma a la salud del gobierno de Juan Manuel Santos.
- Reconocer los discursos de las principales organizaciones médicas en Colombia frente a la reforma a la salud del gobierno de Juan Manuel Santos.

El caso ilustrado en este trabajo de investigación busca complementar la labor realizada por los distintos autores nacionales, que han contribuido con el entendimiento del papel de las organizaciones médicas en el diseño de políticas públicas en salud. De ahí la razón para profundizar en este tipo de temáticas que hace tanta falta analizar y discutir en nuestra sociedad.

CAPITULO I

ESTADO DEL ARTE

Una mirada a los trabajos en el ámbito nacional

Este capítulo expondrá el estado del arte de los principales trabajos realizados a nivel nacional e internacional que se relacionan con nuestro objeto de investigación además explicará el marco teórico utilizado en este trabajo. También serán descritos los pasos metodológicos que permitieron el desarrollo de este estudio.

Esta investigación involucró la búsqueda de trabajos que contemplaran la participación de organizaciones médicas en el desarrollo de reformas sanitarias en Colombia, específicamente aquellas que se preguntaran por la influencia de estas organizaciones. Para ello, se realizó una búsqueda sistematizada en bases de datos como LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) utilizando los términos: medic*, reforma, salud y Colombia. Esta búsqueda produjo un total de 51 artículos indizados. Posteriormente, se filtró la búsqueda, excluyendo artículos de revistas odontológicas y de ciencias clínicas que no se relacionaran con el objetivo de esta investigación. La filtración redujo el total de artículos utilizables a 40.

Nuevamente, de este total de artículos, se excluyeron todos aquellos documentos no relacionados con temáticas de participación social en el desarrollo de reformas sanitarias, específicamente organizaciones médicas. Se identificaron 3 artículos, uno de ellos (Henao, 2011) enfocado en las percepciones de los actores del sistema de salud frente a la reforma constitucional de 1991 y la ley 100 de 1993. Dentro del grupo poblacional analizado se contempló la entrevista a seis presidentes de asociaciones médicas y nueve de asociaciones científicas y gremiales. Se mantuvo el anonimato de los mismos y, aunque se exploraron

opiniones sobre las transformaciones ocurridas al sistema de salud colombiano, no se identificó en el artículo ningún apartado que contemplara su rol en el desarrollo de estas reformas.

Se analizó otro trabajo (Castrillón, Ariza, & Yepes, 1999) en el que se realizaron entrevistas semi-estructuradas a diferentes actores de organizaciones médicas. Se les interrogó sobre el estado de su profesión y se identificaron manifestaciones verbales como el “desmoronamiento del ejercicio liberal de la medicina” y la “pérdida de poder administrativo en el campo de la salud” (Castrillón et al., 1999, p. 59). El trabajo realizado por Castrillón et al, denota como los actores entrevistados y que pertenecen a organizaciones médicas (este estudio incluyó a la Asociación Médica Sindical, Academia Nacional de Medicina, médicos generales y asociaciones de especialistas) consideran que las políticas públicas en salud son realizadas por representantes del gobierno y “grupos con intereses clientelistas pertenecientes a los partidos políticos tradicionales”, además que refieren la existencia de “médicos políticos” que no los representan y velan por sus propios intereses (Castrillón et al., 1999, p. 62).

Finalmente, el trabajo que tiene una aproximación semejante a nuestra investigación (Borrero & Echeverry, 2015) corresponde al estudio de la acción colectiva en salud en Colombia, a través del enfoque de la contienda política entre actores colectivos y estructura política, todo ello analizado a la luz de las reformas sanitarias en el periodo de 1994 y 2010. Este trabajo identificó 3 episodios de contienda, en los cuales la crisis hospitalaria y la vulneración de los derechos laborales de los trabajadores del sector salud fueron detonantes de la protesta. Los principales convocantes para la movilización fueron los sindicatos. Aunque este trabajo destacó la relación entre actores del sector salud y su enfrentamiento a reformas del sistema

sanitario, no enfatizó en el rol de las organizaciones médicas frente a la construcción de estas reformas sino en su articulación con otros actores para la creación de un movimiento por la salud.

También recurrí a una búsqueda sistematizada en SciELO (Scientific Electronic Library Online) para complementar la búsqueda documental previa, utilizando las mismas palabras claves y obtuve un total de 34 artículos. Se realizó la exclusión de todos aquellos textos que no fueran de competencia del enfoque de esta investigación. Se revisó un trabajo (Monica Uribe Gómez, 2017) en el cual su autora explica que ante los cambios del sistema de salud colombiano, promovido por la creación de la ley 100 de 1993, múltiples agrupaciones se manifestaron en contra de la misma. Entre estas se encontraban las asociaciones de usuarios, pacientes, organizaciones indígenas y la consolidación del movimiento nacional por la salud y la seguridad social. Este último involucró la participación de organizaciones médicas, pero también de sindicatos y ciudadanos. Uribe-Gómez también menciona en su investigación que la consolidación de la ley estatutaria de salud, la cual reconoce la salud como un derecho fundamental, fue el resultado de las movilizaciones sociales y la articulación de actores (que incluyeron a las organizaciones médicas) que demandaban su cumplimiento. Por otra parte, el análisis que hace la autora sobre el sistema de salud colombiano muestra que las reformas que lo nutren, han sido el resultado de gobiernos que promueven dinámicas entorno a un modelo de mercado, pero las insatisfacciones ante estas propuestas han constituido el motor de las protestas que contemplan estos cambios como una tendencia “neoliberal de la salud” (Uribe Gómez, 2017).

Se resaltaron también otros trabajos (Hernández Álvarez, 2003a) en los cuales la perspectiva del análisis giró en torno a un enfoque sociopolítico. Aquí el autor retomó las teorías de

Michael Mann, quien entiende las sociedades como “múltiples redes socio espaciales de poder que se superponen y se intersectan” (Hernández Álvarez, 2003, p. 230). A través de estas redes, las cuales funcionan como “medios institucionales para alcanzar objetivos humanos”, residen 4 fuentes del poder social que son: ideológico, económico, militar y político. Así, Hernández, aplica estos conceptos de Mann a la creación del sistema de salud colombiano, ello dado por la articulación entre políticas estatales (salud y seguridad social) y las relaciones económicas, sociales y políticas en Colombia. Frente al papel de las organizaciones médicas en el avance del modelo de salud colombiano Hernández manifiesta: “Los médicos se instalaron en todos los subsectores del sistema, permanecieron divididos como organización gremial y nunca propusieron la integración, a excepción de los salubristas planificadores, quienes nunca fueron aceptados como médicos. La división histórica en el gremio médico colombiano es: Federación Médica Colombiana, en defensa de la práctica privada de la profesión; la Asociación Médica Sindical, en defensa de su estatus de empleados públicos especiales en la asistencia pública y la seguridad social y la Academia Nacional de Medicina concentrada en el prestigio de la profesión” (Hernández Álvarez, 2003, p. 233).

La literatura académica colombiana también cuenta con otras investigaciones que sirvieron de referencia para el desarrollo de mi pesquisa. Trabajos que involucraban tesis de doctorados y artículos científicos que no fueron parte del resultado de la búsqueda sistemática, pero que igualmente nutren el material de trabajo para este proyecto.

Uno de estos trabajos (Uribe Gómez, 2009) contribuyó al análisis de la dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud colombiano en el periodo de 1995-2003. Utilizó el enfoque relacional de McAdam, Tarrow y Tilly (contienda política),

tuvo en cuenta la participación de las organizaciones médicas como la Asociación Médica Sindical Colombiana, la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia (ANTHOC), Academia Nacional de Medicina y el Movimiento por el Derecho a la Salud (que involucra tanto a médicos, usuarios y ciudadanos interesados en el tema). Este documento menciona que el gobierno de Ernesto Samper, en el cual se dio la implementación de la ley 100 de 1993, vivió múltiples protestas lideradas por sindicatos, entre ellos los de organizaciones médicas, también en 1997 los trabajadores de los hospitales realizaron paros en los hospitales públicos por la insuficiencia de recursos. Y, en el gobierno de Andrés Pastrana, en el cual se dio un dialogo con los grupos guerrilleros de las FARC y ELN para buscar una salida negociada al conflicto armado, se presentó entre el 31 de agosto y el 1 de septiembre de 1999, un paro cívico nacional que involucró protestas y movilizaciones de empleados del sector salud (Uribe Gómez, 2009). Un ejemplo de la articulación de las organizaciones médicas fue en octubre de 2001, con el primer Congreso Nacional por la Salud, liderado por el médico Saúl Franco y realizado en la Universidad Nacional de Colombia, que dio origen al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (Uribe Gómez, 2009).

Otro trabajo de la misma autora (Uribe Gómez, 2007), exploró la participación de las organizaciones médicas frente a la instauración de la ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), como fue el rol de la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS), que mantuvo oposición a la eliminación del Instituto de Seguridad Social (ISS), logrando mantener esta estructura de forma temporal pero con una reestructuración interna que lo obligaba a ser parte del mercado competitivo entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (Uribe Gómez, 2007).

Uribe Gómez refiere en este texto:

“El sector de trabajadores de la salud no logró una incidencia significativa, la fragmentación que ha caracterizado históricamente a estos actores y sus intereses por mantener la división entre los servicios de salud pública y privada, fueron determinantes a la hora de participar en las discusiones” (Uribe Gómez, 2007, p. 13).

“La vocería médica fue asumida fundamentalmente por la Asociación Colombiana de Medicina, la comisión séptima del senado fue la encargada de discutir estas reformas. Aunque en ella se encontraban algunos médicos, su participación no tuvo el impacto que se esperaba, su escasa movilización fue muestra de la debilidad del gremio en ese momento” (Uribe Gómez, 2007, p. 13).

Dentro de los trabajos más notables se encuentra el balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia (Borrero-Ramírez & Echeverry-López, 2014). Este proyecto se propuso la ambiciosa tarea de recopilar las principales investigaciones de esta área.

Básicamente Borrero y Echeverry (Borrero-Ramírez & Echeverry-López, 2014) clasifican los trabajos nacionales en 4 grupos:

- Los estudios pioneros sobre acción colectiva y movimientos sociales en Colombia, en los cuales la documentación fue escasa en cuanto a la temática de la movilización por la salud.

- Las investigaciones en clave histórica y/o sociopolítica acerca del debate sobre las políticas de salud antes de la reforma de los noventa.
- Estudios sobre la reforma a la salud como un escenario de disputa y configuración de actores colectivos en Colombia.
- Análisis de coyuntura sobre la salud como nuevo eje de movilización en el conjunto de la protesta social.

Esta autora, en otro documento, profundizó (Borrero Ramírez, 2014) la temática de las luchas sociales por el derecho a la salud, incluyendo el papel de organizaciones médicas (Borrero-ramírez, 2011) pero siempre mirando desde la perspectiva de la acción colectiva y sin enfocar el lente en los médicos sino en todos los participantes y su articulación conjunta.

Una mirada a los trabajos internacionales

Esta investigación no busca construir un análisis comparativo entre Colombia y el mundo frente a sus sistemas de salud ni tampoco quiere demostrar si la influencia en otros países de estas organizaciones médicas es superior a la nuestra, sino que busca ahondar el caso colombiano sin obviar el papel del sector salud en el mundo.

Parte de la construcción de un panorama, frente a la problemática histórica colombiana sanitaria es que se mostraran algunos ejemplos, a modo de antecedentes para comprender algunas de las actividades que estos grupos han realizado en el exterior.

De esta forma tomaremos para Europa algunos ejemplos como Francia, Suecia y Suiza gracias a los estudios realizados por Ellen Immergut y, para América, miraremos Estados Unidos y Brasil con los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Quadagno, Chapin y Belmartino.

Según Freidson, el papel de los médicos como actores influyentes en los sistemas de salud puede estar dado por el poder de la profesión (Freidson, 1988), ello por el control de técnicas especializadas propias del oficio, la capacidad de otorgar las licencias de práctica médica y el control sobre el entrenamiento de la misma (Freidson, 1988). También el control sobre el mercado de acceso a los servicios médicos, es otra forma de control que ejerce la profesión médica, ello se observa al establecer un limitado número de especialistas que aumentan el precio por estos servicios y así obligando a subir tarifas para acceder a los conceptos de estos profesionales (Freidson, 1988).

Brasil

Brasil ha sido un país cuya transformación política e histórica fue fundamental para el desarrollo de reformas sanitarias y la creación de instituciones propias que dirigieran la salud para sus ciudadanos. Podemos observar en el caso de Brasil que existen dos momentos de transformación dados por el periodo previo a 1960 y posteriormente la aparición de la dictadura con el resurgir de la democracia, que entre otras cosas facilitó una nueva visión de la salud en este país americano (Fleury, Belmartino, & Baris, 2000).

Según Belmartino, inicialmente existían 3 subsistemas en Brasil, los cuales comprendían la Seguridad Social, el Ministerio de Salud y la Empresa Privada Voluntaria (Fleury et al., 2000).

Las instituciones de seguridad social eran llamadas *Institutes de Aposentadorias e Pensoes* (Instituciones de Retiro y Pensión), en los cuales los beneficios de los afiliados dependían de la capacidad de contribución de los trabajadores vinculados (Fleury et al., 2000).

El ministerio de salud por otra parte, se enfocaba en la aplicación de políticas de prevención hasta 1950, donde se transformó y aumentó su capacidad funcional hasta permitirle la construcción de entidades para el cuidado de pacientes con patologías crónicas (Fleury et al., 2000). El sector privado involucraba el ofrecimiento de servicios médicos particulares a los pacientes con un pago directo al prestador del servicio (Fleury et al., 2000).

En 1960 se presentó la Ley de Organización de la Seguridad Social, que buscaba estandarizar la prestación del servicio sanitario y con la llegada en 1964 de la dictadura en Brasil, se profundizó en un Estado con mayor capacidad de intervención para unificar las instituciones de seguridad social en el *Institute Nacional de Previdencia Social* (Instituto Nacional de la Seguridad Social), creado en 1966 (Fleury et al., 2000).

La creación de esta institución amplió coberturas y transformó las categorías de afiliación de los trabajadores, pero aun excluía a gran parte de la población que se encontraba en la informalidad (Fleury et al., 2000). Las transformaciones posteriores, permitieron en 1970 la conformación de un sistema de salud con tres características principales: centralización, dicotomía entre instituciones del sistema de salud y financiamiento regresivo (Fleury et al., 2000).

La centralización consistió en que el poder y la gobernanza en salud recaían sobre el gobierno central y disminuían el control por parte de los entes territoriales. La dicotomía se formalizó con la creación del *Sistema Nacional de Previdencia e Assistencia Social* (Sistema Nacional de Seguridad Social y Asistencia Social). Este sistema contenía múltiples instituciones, entre ellas la nueva división del ministerio de salud (Fleury et al., 2000):

- Ministerio de salud: Enfocado en las actividades para el desarrollo de políticas en salud.
- Ministerio de la Seguridad Social y la Asistencia Social: Encargado del cuidado médico de los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social.

Brasil, al no modificar la financiación de la seguridad social, lo cual significó que no hubo un aumento en el presupuesto para salubridad, pero si un crecimiento de la población vinculada, culminó en la crisis de la seguridad social en los años 80 (Fleury et al., 2000).

La crisis de la seguridad social en Brasil activó un sentimiento crítico frente a la forma en la cual el gobierno se encontraba manejando la salud. Además frente a la caída de la dictadura, se generó una renovación con aires a democracia para la construcción de un nuevo sistema de salud (Fleury et al., 2000).

Un movimiento ciudadano por la salud de Brasil: Los médicos se articulan con organizaciones.

En esta circunstancia, los médicos no fueron los únicos principales inconformes, sino que por el contrario múltiples intelectuales, miembros de partidos políticos con tendencia de izquierda y profesionales del sector salud constituyeron el *Movimiento de la Salud* (Barros, 1996).

En ese tiempo coyuntural, en el cual se consolidaron grupos a favor de un régimen democrático frente a la tendencia autoritaria gubernamental y el declive de ese modelo, permitió, según Belmartino, que el Movimiento de la Salud identificara las exigencias de reformar el modelo de salud en Brasil como parte del proceso de democratización que vivía el país en ese tiempo (Fleury et al., 2000). El principal objetivo del Movimiento de la Salud

(Barros, 1996) consistía en que los ciudadanos tuviesen la salud como un derecho y que esta debía ser dada por parte del Estado, fundamentado en una cobertura universal con un sistema de salud basado en la equidad e integridad. La reforma a la salud planteada por el movimiento (Barros, 1996) se basó en los siguientes principios:

- Reestructuración de los mecanismos de financiamiento.
- Revertir el proceso de privatización y permitir el control del sector público sobre el privado.
- Autonomía financiera y en toma de decisiones por parte de los Estados Federales y municipios.
- Fomentar la participación de organizaciones sociales en la implementación de políticas públicas en salud.

Finalmente, en 1986 con la *8a Conferência Nacional de Saúde* (Octava Conferencia Nacional de Salud) se crearon los lineamientos del sistema de salud en Brasil, mediante la constitución del *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (Sistema Unificado y Descentralizado de Salud), tomando como referencia los siguientes principios (Barros, 1996):

- Salud como un derecho civil.
- Acceso equitativo.
- Salud como componente de bienestar social.
- Sistema de Salud unificado y jerarquizado.
- Participación y control social.
- Descentralización y regionalización.

El ejemplo en Brasil, con respecto a la participación de las organizaciones médicas en la construcción de una nueva reforma sanitaria, se dio en torno al trabajo mancomunado con otros sectores de la sociedad civil y a la articulación con partidos políticos para promover una reforma que beneficiara a los ciudadanos. Además, se utilizó como oportunidad la coyuntura política del momento frente a la crisis del autoritarismo y el resurgir democrático.

Estados Unidos

Según algunos autores (Murray & Frenk, 2010) los Estados Unidos han invertido grandes sumas monetarias en su sistema de salud, pero a pesar de los esfuerzos realizados no se han observado los resultados satisfactorios esperados, es decir que aunque las cifras de mortalidad y morbilidad de una u otra forma han presentado mejorías sustanciales, el sistema de salud aún no supera en los rankings internacionales las cifras de otras naciones americanas, como Canadá, y europeas, como Inglaterra (Murray & Frenk, 2010).

La agenda de la opinión pública ha mantenido un continuo debate al mostrar a la luz las propuestas realizadas por los diferentes gobiernos estadounidenses y el impacto que estas podrían tener sobre la población en general (Blendon, Brodie, Benson, Altman, & Buhr, 2006). Muchos de estas discusiones han girado en torno a la cobertura que debería presentarse y los retos que tienen las administraciones frente a ello. Parte de esos retos y la importancia que se le ha dado a estos se han visto reflejados en las propuestas de Medicare, Medicaid y Affordable Care Act.

Debemos entonces contemplar el sistema de salud de los Estados Unidos como un proceso de constitución progresiva, con matices dados por su estructura política y configurado bajo los preceptos del sistema de creencias que lideran a esta nación. Es por ello el caso de la

influencia Lockeana, que nos muestra una tendencia entorno a la defensa de los valores liberales mediante la protección del individualismo y los derechos de propiedad (Morales, 2015). Lo anterior nos permite visualizar como la configuración del actual sistema de salud norteamericano tiene su epicentro en el liberalismo de la profesión médica y la adquisición que cada ciudadano logra en términos de salubridad.

La idea de la implementación de un sistema nacional de salud en los Estados Unidos fue inicialmente mencionada por la Asociación Médica Americana (AMA), al observar los ejemplos de países como Inglaterra y Alemania, pero frente a las implicaciones que contemplaba la aplicación de estas medidas fue que finalmente la postura de la AMA y la American Federation of Labor, decidieron oponerse a este tipo de propuestas de nacionalización del sistema de salud (Ball, 1995).

En 1930 aparecen los sistemas de aseguramiento privados en los Estados Unidos, inicialmente por los planes sin ánimo de lucro de Blue Cross para el cuidado hospitalario y Blue Shield para el cuidado médico. Estos planes involucraban un aseguramiento para los trabajadores y empleadores que se afiliaran pero luego, finalizando la segunda guerra mundial, se presentaron otras entidades que deseaban competir con Blue Cross y Blue Shield. Estas entidades si tenían, desde el punto de vista jurídico, ánimo de lucro (Rice et al., 2013).

La competencia frente a los planes tradicionales implicaba una nueva forma de categorizar a los asegurados, mientras que Blue Cross y Blue Shield aseguraban a todos sus afiliados bajo un mismo esquema de costos, para todas las nuevas propuestas de la competencia implicaban una categorización de los pacientes bajo un modelo de riesgos de enfermedades, en este caso antecedentes personales y familiares, y así se estimaba la probabilidad de desarrollar una patología en particular (Rice et al., 2013).

Igualmente, al categorizar los pacientes, los costos podrían ser más bajos para algunos asegurados por no tener factores de riesgo. Posteriormente las dos compañías iniciales cambiaron a este modelo y su comportamiento de entidades sin ánimo de lucro comenzó a transcurrir entorno al ánimo de lucro (Rice et al., 2013).

Durante el gobierno de Franklin Delano Roosevelt no se mencionó ninguna propuesta de un sistema de aseguramiento nacional en salud en el Comité de seguridad Económica (Committee on Economic Security), la cual precede la legislación de la seguridad social en 1935. Al parecer Roosevelt sabría que encontraría una fuerte oposición por parte de la AMA, lo cual finalizó en que nunca se concretara una propuesta de cobertura universal (Ball, 1995).

Por otra parte, el presidente Harry Truman, si desarrolló un discurso basado en el aseguramiento nacional de los norteamericanos, pero desde el punto de vista legal se enfrentó a un congreso de predominio republicano en 1948. Este Congreso no coincidía con su visión, por ello se planteó una propuesta que fuese entonces menos ambiciosa y en la cual se podría construir el inicio de un proyecto que podría expandirse aún mucho más. Es así como, en 1952, Oscar Ewing, director en ese entonces de la Federal Security Agency (actual Department of Health and Human Services), planteó lo que actualmente se conoce como Medicare (Corning, 1969).

Posteriormente llegó la presidencia de Eisenhower, quien no apoyaba la idea de un plan de cobertura social y planteaba una opción con diseño e implementación por aseguradoras privadas. Las anteriores opciones no dieron fruto y, en 1965, Art Hess se convirtió en el primer director de Medicare (U.S. Department Of Health and Human Services, 2000).

La evolución del sistema de salud estadounidense ha mostrado una tendencia hacia el sector privado y mucho menos frente al público, como mencionaba en el anterior párrafo los proyectos de cobertura universal se vieron afectados en múltiples ocasiones por las organizaciones médicas, fuerzas laborales del país y las intenciones del gobernante de turno. Es por ello por lo que solo hasta los años 60 aparece una propuesta, no de cobertura nacional, sino de índole pública con Medicare y luego Medicaid.

Gracias a la participación de aseguradoras privadas en aumento y la constitución de las aseguradoras públicas, es que la cobertura en salud en los Estados Unidos sufrió un crecimiento exponencial con cerca de 156 millones de ciudadanos adscritos al sistema de salud norteamericano (Jost, 2007).

El establecimiento de Medicare y Medicaid se dio aproximadamente en 1965. Medicare tenía una cobertura para personas de 65 años o más mientras que Medicaid cubría cerca de la mitad de todos aquellos con bajos recursos (U.S. Department Of Health and Human Services, 2000).

La influencia de los médicos en Estados Unidos

En 1945, el presidente Harry Truman realizó una propuesta que involucraba un sistema nacional de salud para los Estados Unidos y, frente a este tipo de propuesta, la American Medical Association (AMA) se mostró como uno de los principales opositores para llevar a cabo esta reforma, ya que consideraban que mediante este modelo podría ocurrir la pérdida de la autonomía médica (Chapin, 2010). Esta organización, se encargó de estructurar una campaña educativa en el ámbito nacional sobre los riesgos que implicaba la socialización de la medicina y porque era necesario mantener un modelo privado (Chapin, 2010). El poder de

la AMA, residía en el sector médico asociado y es por ello que la membresía a este tipo organización implicaba a los médicos ser reconocidos como parte de este grupo y además obtener beneficios (Quadagno, 2004).

Según Christy Ford Chapin, la AMA posee 3 atributos que le han permitido el fortalecimiento del sector médico y la influencia del mismo en la toma de decisiones (Chapin, 2010, p. 152):

- La posición profesional de los médicos: Este atributo les ha brindado una autoridad política y cultural por su trabajo con los enfermos y las habilidades técnicas que implican salvar una vida. Los líderes de la AMA se apalarcaron de ese prestigio para ejercer una autonomía en la profesión frente al gobierno, de esta forma podían expedir licencias médicas y acreditar escuelas médicas. Los médicos que no eran parte de esta organización veían con dificultad encontrar trabajo y obtener beneficios en los hospitales en los cuales trabajaban.
- El tamaño de la asociación: Este atributo le ha brindado otra ventaja que es el dinero. Membresías dadas por la vinculación al Journal of the American Medical Association (JAMA) les ha permitido mantener el staff y la persecución de sus objetivos.
- La estructura federal de la AMA: Esta estructura ha permitido un fortalecimiento del ejercicio de la medicina en los Estados y ha favorecido el ejercicio del Lobby de los miembros de la sociedad médica, frente a congresistas y para apoyar campañas políticas locales.

Posteriormente, frente a la propuesta del presidente Truman de crear un sistema nacional de salud en los Estados Unidos, la AMA decidió cobrar una tarifa de 25 dólares para adoptar una resolución contra la medicina socializada y para lograr este objetivo decidieron aliarse

con Blue Cross, American Hospital Association, Insurance Economic Society, compañías farmacéuticas y la Cámara de Comercio (Quadagno, 2004).

La AMA se involucró en el terreno político al crear el comité “Healing Arts”, el cual vinculó a médicos, enfermeras, odontólogos y otros que son parte del personal de oficinas, para enviar cartas, pagar anuncios en periódicos y crear afiches para ser colocados en consultorios y salas de espera, lo anterior en contra de candidatos demócratas que apoyaban una reforma sanitaria nacionalizada (Quadagno, 2004, p. 30).

Europa

Según Ellen Immergut, en su texto “*Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*”, tradicionalmente existen 3 principales modelos en los cuales los sistemas de salud Europeos podrían estar ubicados (Ellen M. Immergut, 1990).

Esta clasificación se basa en el rol que asume el gobierno frente al financiamiento de los servicios médicos en el sistema de salud adoptado (E M Immergut, 1992). Estos modelos son:

- Fondos Mutuos Subsidiados: El gobierno subsidia un grupo de empresas privadas para brindar servicios de salud.
- Aseguramiento Nacional en Salud: El gobierno construye programas de aseguramiento público en el cual se requiere que los ciudadanos se vinculan.
- Servicio Nacional de Salud: El gobierno provee servicios en salud de forma directa a través de la nacionalización de hospitales y personal médico.

Ilustración 1

Table 1. Role of government in financing medical services

Program	Financing	Regulation	Ownership of facilities	Employment of doctors
Mutual fund subsidies	Government subsidies to private organizations	a) Insurers: yes (if wish to receive subsidy) b) Patients: no (not compulsory) c) Doctors: no d) Hospitals: no	No: public ownership of hospitals possible, but unrelated to mutual society legislation	No: program of public health officers or other public employment possible, but unrelated to mutual society legislation
National health insurance	Government levies payroll tax to pay for public insurance	a) Insurers: now part of government or highly regulated b) Patients: yes, compulsory membership; voluntary for portions of the population c) Doctors: yes, usually efforts to regulate doctors' fees d) Hospitals: yes, usually efforts to limit payments to hospitals	No: possible, but unrelated to NHI legislation	No: possible, but unrelated to NHI legislation
National health service	Government tax revenues pay for all health expenditures	a) Insurers: NHS obviates need for insurance; insurance possible on purely private and voluntary basis, although may remain subject to government regulations completely unrelated to NHS b) Patients: yes, compulsory for all citizens c) Doctors: yes, efforts to establish full-time employment and salaries d) Hospitals: yes, efforts to establish public ownership or place hospitals under contract to public sector	Yes: although contracts with private facilities may substitute for direct public ownership	Yes: although contracts with private doctors may substitute for direct public employment

Tomado de (E M Immergut, 1992) Immergut, E. M. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge University Press. Retrieved from <https://books.google.com.co/books?id=KKNOAAAIAAJ>

El trabajo realizado por Immergut busca refutar la idea sobre el *poder de veto* universal que las organizaciones médicas pueden ejercer sobre sus países y por el contrario refiere que son los *puntos de veto* dentro de los sistemas políticos y no los grupos conformados en las sociedades, los que los generan (Ellen M. Immergut, 1990).

Immergut aborda en su tesis doctoral el análisis de las instituciones en 3 países: Francia, Suecia y Suiza. En estos países se plantearían reformas en salud y aunque los tres pueden llegar a compartir sistemas económicos similares, el resultado final fue diferente (E M Immergut, 1992).

La autora se plantea: ¿Cómo es posible que un grupo minoritario, los médicos, puedan influir sobre las decisiones políticas en un país?, ¿En dónde reside su poder?

La respuesta a esa pregunta, según Immergut, podría identificarse en los eslabones débiles de la estructura política de cada gobierno, conocidos como *puntos de veto*. Allí en esos puntos de veto es donde varias organizaciones médicas han logrado influenciar en la toma de decisiones siempre y cuando los mismos sean identificables (Ellen M. Immergut, 1990, p. 393).

Francia

Inicialmente, el poder ejecutivo francés se veía limitado por las acciones del parlamento, entidad inicialmente desordenada y poco disciplinada; no existían mayorías parlamentarias, lo que ocasionaba que grupos de veto, como las organizaciones médicas, influyeran sobre los parlamentarios (E M Immergut, 1992).

Los médicos pertenecían a distintos partidos franceses y tenían presencia en el parlamento, estructura política que podía ejercer veto frente a las decisiones del ejecutivo (Ellen M. Immergut, 1990).

El inicio de la Quinta República Francesa lleva a que se elimine el veto parlamentario a las decisiones del ejecutivo. Es así que en octubre de 1958, mediante ordenanza se estableció un sistema de aseguramiento social universal que involucraba a los trabajadores vinculados,

adultos mayores y víctimas de accidentes laborales, conocido como *caisse unique*, el nombre del fondo de aseguramiento (E M Immergut, 1992).

Previamente los médicos, mediante su participación en el parlamento, forzaban negociaciones que involucraban el control de sus tarifas y la relación directa con los fondos mutuos privados pero, con la llegada de la Quinta República Francesa y las propuestas del gobierno de *De Gaulle*, se impuso un nuevo sistema tarifario de los servicios médicos (Ellen M. Immergut, 1990). Los médicos intentaron luchar por mantener sus tarifas previas y su forma de contratación en diferentes instancias como en la corte y el parlamento sin éxito. Finalmente, la Asociación Médica Francesa firmó en Julio de 1960 que aceptaba los fondos de seguridad social y se constituyó así la *Federation des Mediciens de France* (Ellen M. Immergut, 1990).

Suiza

El sistema político suizo involucra un aparato ejecutivo conformado por 7 miembros del Consejo, el *Bundesrat*, y un legislativo conformado por dos Cámaras, una de elección representativa y la otra por Cantones (E M Immergut, 1992). Toda propuesta legislativa es llevada a un punto de veto dado por el Referendo (E M Immergut, 1992).

El sistema de aseguramiento social en Suiza consiste en un sistema de subsidios federales que se entregan a fondos voluntarios mutuos. Los fondos debían ser organizaciones sin ánimo de lucro, pero en muchas ocasiones las empresas privadas recurrían a constituir entidades de este tipo para acceder a estos subsidios (E M Immergut, 1992).

Las tarifas eran el producto de la negociación entre las sociedades médicas cantonales con los fondos locales de enfermos. El gobierno suizo contemplaba, después de la Segunda

Guerra Mundial, transformar el sistema de salud hacia un modelo de aseguramiento nacional en salud con un control a las tarifas médicas (Ellen M. Immergut, 1990).

La propuesta generó la articulación entre la Asociación Suiza de Medicina, Asociación de Empleados Suizos, Asociación de Granjeros Suizos y la Asociación Suiza de Pequeños Empresarios que buscaron llevar este proyecto al área electoral mediante referendo y así lograron que no se cumplieran los objetivos del gobierno (E M Immergut, 1992).

Posteriormente, en 1961, nuevamente el ejecutivo planteo una reforma parcial en la cual según el gobierno, no afectarían las tarifas del sector médico pero si un aseguramiento nacional, la Asociación Suiza de Medicina se opuso y considero esta propuesta como una forma de socializar la medicina, este gremio decide entonces crear una campaña contra la propuesta gubernamental y aumenta el cobro de membresía a la asociación logrando incrementar sus ingresos y financiar la publicidad de la campaña en contra (Ellen M. Immergut, 1990).

Suecia

El resultado del sistema de salud sueco reside en una alineación de fuerzas entre el ejecutivo y el parlamento, lo anterior dado por un cambio en el apoyo político presentado por parte de los partidos de oposición. El ejecutivo contaba con una mayoría en el parlamento que le permitiría mantener y proteger sus proyectos en políticas públicas además que el poder del referendo residía en el parlamento, el cual mayoritariamente apoyaba al ejecutivo (E M Immergut, 1992).

Según lo mencionado anteriormente el proceso de control y reforma del sistema de salud sueco fue escalonado y progresivo, ello dado por la reducción de espacios para prácticas

médicas privadas con la remoción de camas hospitalarias particulares y así el inicio de la reforma de las 7 coronas. Esta consistió en la socialización completa del sistema de salud sueco (Ellen M. Immergut, 1990).

Algunas consideraciones necesarias

El texto anterior, fue el resultado de una búsqueda bibliográfica sobre la literatura académica que mencionara a las organizaciones médicas como agentes de influencia en el desarrollo de reformas sanitarias en sus respectivos países. Aunque los ejemplos son variados y cada país tiene sus casos, mediante estos trabajos podemos referenciarlos para abordar la problemática colombiana que aún requiere más estudios de este tipo.

MARCO TEÓRICO

La propuesta de esta investigación consiste en la construcción de una “caja de herramientas”³ teórica que tienda puentes entre distintas miradas para un mismo problema, este marco gira en torno a una premisa: La influencia de las organizaciones médicas en las reformas sanitarias en Colombia.

Esta premisa esta sostenida en el análisis de un caso significativo, la reforma a la salud propuesta en el año 2013 por el gobierno de Juan Manuel Santos, que al ser analizada con fuentes teóricas podría brindar luces que expliquen los sucesos de ese momento histórico.

El concepto de campo de Bourdieu

El abordaje inicial de este tema de investigación se realizó mediante el constructo del espacio donde ocurrieron las interacciones entre las organizaciones médicas y los demás actores enfrentados por el desarrollo o hundimiento de la reforma a la salud planteada en el 2013.

Delimitar este espacio teórico donde ocurren “luchas” por el poder frente a la reforma, requirió tomar el concepto de campo de Bourdieu. El análisis a través de este concepto permite tomar la estructura del sistema social y agruparla en esferas, campos, que se relacionan entre sí (Bourdieu, 1987).

Bourdieu describe estos campos como espacios de juego que tienen sus instituciones específicas y sus propias leyes de funcionamiento (Bourdieu, 1987, pp. 143-145). Estos

³ Durante el desarrollo de este trabajo de investigación en conjunto con el grupo de investigación “Estudios sociales de las ciencias, las tecnologías y las profesiones” (GESCTP) de la Universidad del Rosario en cabeza de mi tutor Emilio Quevedo V., quise utilizar el concepto de caja de herramientas inspirado en su artículo “Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad” (Quevedo et al., 2013). La recomendación del uso de este concepto fue gracias al trabajo realizado en las tutorías con el profesor Quevedo. El “modelo para armar” desarrollado por mi tutor fue tomado y modificado de Ricardo González Leandri y de allí se recurrió al uso de Bourdieu como autor (González Leandri, 1999).

campos manejan sus propios tipos de intereses, recursos y relaciones, autónomos entre ellos, pero igualmente con la opción de relacionarse entre sí (Bourdieu, 1987, pp. 143-145).

Los campos son “campos de fuerza pero también campos de luchas para transformar o conservar estos campos de fuerza” y los agentes que hacen parte de estos “invierten en él, en los diferentes significados del término, que se juegan en él sus recursos, en pugna por ganar, contribuyendo así, por su propio antagonismo, a la conservación de su estructura o, en condiciones determinadas, a su transformación” (Bourdieu, 2002, pp. 50-51).

El concepto de campo de Bourdieu puede ser usado para explicar los eventos en los que participaron las organizaciones médicas frente a la reforma de salud en 2013, las organizaciones médicas fueron observadas en este trabajo como agentes inmersos en el campo de la salud, donde se libraron luchas por el poder del campo. Estos agentes que se ubican en el espacio social, que representa el campo de los campos, establecen reacciones frente a las relaciones de poder y según la posición que ocupen, además de los recursos que dispongan, pueden orientar estas relaciones (Bourdieu, 2007).

El análisis de los campos requiere, en primera instancia, la posición del mismo frente al campo del poder, es el campo que involucra la lucha de clases donde encontramos agentes dominantes y agentes dominados, luego identificar la estructura de las relaciones entre las posiciones que ocupan los agentes que compiten por el poder del campo y el *hábitus* de los agentes (Guerra Manzo, 2010).

Este concepto de *hábitus* en palabras de Bourdieu es un “sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas”, es decir un “sistema de disposiciones que han adquirido al interiorizar un determinado tipo de

condición social y económica, condición que en su trayectoria dentro del campo encuentra oportunidades más o menos favorables de actualización” (Guerra Manzo, 2010, p. 390).

Los campos tienen sus propios recursos, llamados por Bourdieu como capital (Guerra Manzo, 2010), que son clasificados como:

- Recursos económicos: Dinero y riqueza, por ejemplo.
- Recursos culturales: Títulos académicos.
- Recursos sociales: Capacidad de movilizar redes sociales.
- Recursos simbólicos: Todos aquellos intangibles como la autoridad, prestigio y reputación entre otros.

Estos recursos pueden ser intercambiados por otros dentro de los mismos campos y de todos ellos, el autor considera el capital económico como el más influyente, lo que le da una apreciación como recurso determinista (Guerra Manzo, 2010, p. 398).

El espacio social comprende estructuras de posiciones, estas posiciones que ocupan los agentes dependen del capital/recurso que poseen. La distribución de las posiciones es el resultado de tres dimensiones: la primera dimensión es el volumen total de capital que tiene el agente, la segunda dimensión es la estructura del capital, es decir el peso en el volumen total y la tercera dimensión corresponde a la evolución en el tiempo del volumen y la estructura del capital (Guerra Manzo, 2010).

La teoría de los campos de Bourdieu permite un análisis en el que las realidades sociales pueden ser abordadas en conjunto y no solo a partir de las individualidades (Guerra Manzo, 2010). Este concepto comprende un elemento relacionado con la participación de los agentes que se encuentran en él, el elemento llamado *illusio*, este elemento se refiere a la creencia de

estos agentes en el juego y considerarlo como algo que vale la pena, ya lo explica Enrique Guerra en su trabajo (Guerra Manzo, 2010, p. 398).

Este *illusio*, cumple un objetivo clave al momento de realizar los análisis de los campos ya que “para que el campo funcione, es indispensable que haya algo en juego, como lo es el capital específico del campo, y gente dispuesta a jugar, como son los agentes dotados de un hábitus que les proporcione conocimiento y reconocimiento de las leyes inherentes al juego” (González, 2012, p. 340).

La teoría previamente expuesta logra enriquecer el abordaje de nuestra pregunta de investigación y sirve como herramienta que facilite la interpretación de los sucesos ocurridos alrededor de la reforma a la salud propuesta por el gobierno de Juan Manuel Santos.

La teoría de las múltiples corrientes y las ventanas de oportunidades

La segunda estructura teórica que este trabajo busca conectar es aquella cuyo enfoque radica en la identificación de una “ventana de oportunidad”. Esta ventana, es donde las organizaciones médicas lograron influenciar en el desarrollo de la reforma a la salud.

La teoría de las múltiples corrientes se desarrolló como un marco que buscaba comprender el proceso por el cual, se construyen políticas públicas (Kingdon, 2011). Esto explicando el proceso de concepción de la propuesta hasta la toma de decisiones que la aprueba o la rechaza (Kingdon, 2011).

Las múltiples corrientes contiene 5 elementos estructurales que explican el desarrollo de la construcción de una política pública (Zahariadis, 2007, pp. 70-74):

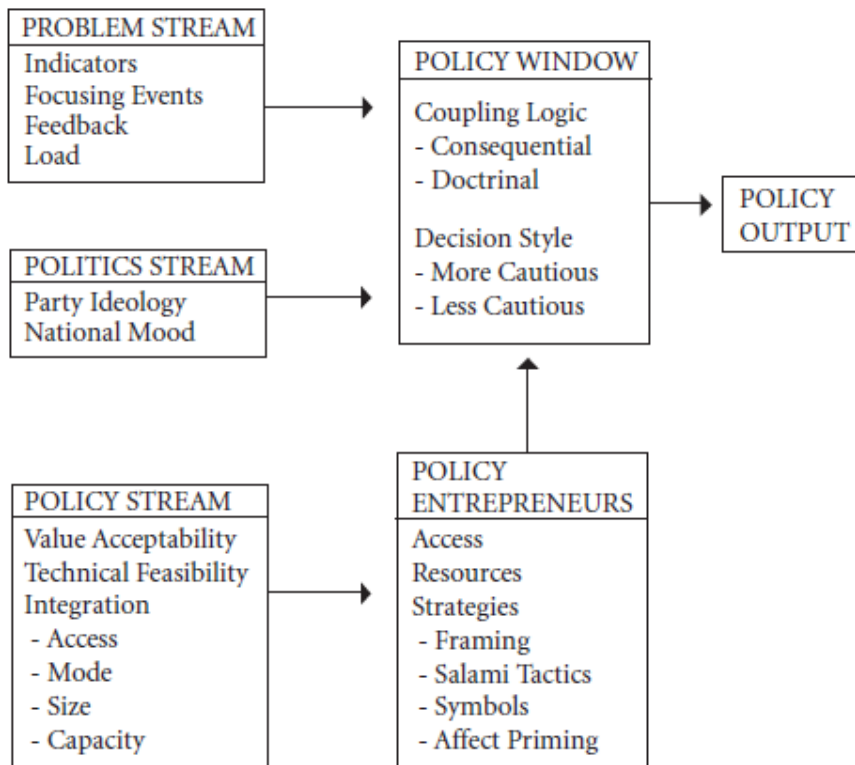
- La Corriente de los Problemas: Aquí se incluyen todas aquellas condiciones o sucesos que pueden ser demandados por parte de la ciudadanía y los creadores de políticas

públicas. Estas condiciones pueden variar y tener grados de importancia para la comunidad, según logren posicionarse en la agenda de los políticos.

- Corriente de las Políticas Públicas: Esta corriente contempla todas las ideas desarrolladas dentro de redes de políticas públicas, es decir, aquellas que logran materializarse en propuestas. Usualmente las comunidades académicas son los que generan estas ideas, ya que son el resultado de propuestas especializadas de un área. Estas ideas logran posicionarse en cuanto a la factibilidad de estas.
- Corriente de la Política: Esta corriente tiene tres elementos que son:
 - El Sentimiento Nacional: Se refiere a la opinión pública y esta se expresa por ejemplo a través de sondeos de opinión y encuestas.
 - Campañas de Grupos de Presión: Ejercen su función sobre los tomadores de decisiones y en ocasiones influyen en la aprobación o negación de una propuesta.
 - Cambios del Gabinete Administrativo: Todos aquellos cambios de la estructura del ejecutivo o del gobierno, estos cambios se vuelven cruciales y actúan como oportunidades para favorecer o hundir proyectos.
- Ventanas de Políticas Públicas: Surgen con el entrecruzamiento entre las tres corrientes (Problemas, Políticas Públicas y Política) o en momentos críticos que favorecen su aparición. Kingdon las define como “oportunidades para que defensores de propuestas logren mostrar sus soluciones o para llamar la atención sobre problemas especiales” (Zahariadis, 2007, p. 73). Estas ventanas son de corta duración y una vez se cierran puede que no se abran.
- Emprendedores en Políticas Públicas: Son todos aquellos actores o colectivos que logran favorecer la confluencia de las tres corrientes. Los emprendedores identifican

la ventana abierta e irrumpen para influenciar con sus proyectos u observaciones ante una problemática. Los emprendedores pueden no tener éxito en su participación durante el periodo de ventana, pero cuando fracasan esperan una nueva oportunidad de participación.

Ilustración 2



Tomado de Zahariadis, N. (2007). The Multiple Streams Framework. In P. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (2nd ed., pp. 65–92). Boulder: Westview Press

METODOLOGÍA

Esta es una investigación cualitativa e integra las siguientes técnicas:

- **Revisión Documental:** Se revisaron artículos de prensa de los periódicos El Pulso, El Tiempo, la Revista Dinero, El Espectador, Revista Semana, Razón Pública y El País. Utilizando los buscadores web integrados en las plataformas virtuales de cada uno de estos medios de comunicación se realizó una revisión mes a mes, iniciando desde enero de 2012 hasta enero de 2015, mediante la búsqueda de términos claves como fueron “reforma” y “salud”, las noticias abordadas fueron todas aquellas que contemplaran el contexto previo al planteamiento de la reforma a la salud de 2013 hasta el hundimiento de la reforma ordinaria planteada por el gobierno de Juan Manuel Santos. No solamente se revisaron las columnas de las secciones de salud y economía, sino que igualmente las columnas de opinión. Para el caso del periódico El Pulso, se requirió observar mes a mes las publicaciones y revisar los artículos relacionados con el tema ya que esta plataforma carece de un buscador integral. Por otra parte, se revisaron los comunicados oficiales de prensa expedidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social, Organizaciones Médicas, Presidencia de la República y demás Organizaciones de la Sociedad Civil que se relacionaran con nuestro estudio. Estos comunicados se buscaron durante el mismo marco de tiempo establecido para los artículos de la prensa nacional. Igualmente se buscaron comunicados de prensa o entrevistas donde miembros de las distintas Organizaciones Médicas manifestaran sus posturas frente a la reforma y opiniones frente a ella. La revisión involucró material documental del canal oficial en youtube del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **Entrevistas:** Se realizaron entrevistas semi estructuradas, manteniendo una guía de preguntas para los distintos actores. Fueron entrevistados en total 6 actores dentro de los cuales se incluyen académicos del sector salud, funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, activistas sociales y miembros de organizaciones médicas.
- **Estudio de Caso:** Uno de los principales inconvenientes para el abordaje de la problemática radicó en definir ¿Cuáles médicos? Y ¿Cuáles organizaciones médicas? Por esta razón decidí delimitar el objeto de estudio, exclusivamente a los profesionales de la medicina, es decir dentro del análisis no se incluyeron los agentes pertenecientes a otros sectores que pudiesen generar influencia, sino que se redujo el abordaje del tema de investigación a la influencia de los médicos. Reconozco que abrir el panorama a otros actores podría enriquecer este trabajo, pero extendería el marco temporal para el desarrollo de esta investigación y podría profundizarse en un futuro en un estudio avanzado de doctorado. Ya explicado que el enfoque de esta investigación será sobre los médicos y más específicamente en las organizaciones médicas se decidió determinar con cuales, para esto se recurrió a delimitar el conjunto de organizaciones agrupadas en lo que se conoció como la Gran Junta Médica Nacional en la cual participaron: La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Colegio Médico Colombiano, Federación Médica Colombiana, Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), Academia Nacional de Medicina y Asociación Médica Sindical (ASMEDAS). Se definió como periodo de estudio el comprendido entre enero de 2012 hasta enero de 2015, se realizó el seguimiento de la concepción de la reforma a la salud que culminó con una ley ordinaria y una estatutaria hasta el hundimiento de la ordinaria, se siguió el caso mediante prensa, entrevistas y formatos audiovisuales para establecer el papel de las

organizaciones médicas frente al desarrollo de la reforma planteada por el gobierno de Juan Manuel Santos.

- **Límites de la investigación:** Aunque durante el marco temporal estudiado se trabajaron dos proyectos de ley, uno de carácter estatutario y otro de carácter ordinario, el enfoque de este trabajo de investigación fue el análisis del proyecto de ley ordinario. La elección de este proyecto de ley radicó en los distintos debates que generó durante el periodo histórico analizado y la controversia que se vio reflejada en los medios de comunicación. Valdría la pena, y es mi intención como autor de este proyecto, realizar otro estudio que involucre el análisis del desarrollo de la ley estatutaria en salud en un futuro próximo. Aunque no me enfoco en el análisis de la estatutaria, he decidido mencionarla en la descripción del momento histórico por estar ligada a mi estudio, pero deseo aclarar que mi investigación no ahondará en esos análisis.

También quiero reiterar que, aunque el universo de actores del sistema de salud colombiano es vasto, mi trabajo solo se enfocará en el análisis de las organizaciones médicas y su influencia en el proyecto de ley ordinario a la salud de 2013.

CAPÍTULO II

CRONOLOGÍA DE UNA REFORMA A LA SALUD: LA PROPUESTA DEL GOBIERNO DE JUAN MANUEL SANTOS CALDERON

Este capítulo explicará los sucesos ocurridos durante el marco temporal comprendido entre el año 2012 hasta el 2014 que involucraron las distintas propuestas realizadas para reformar el sistema de salud colombiano y el comportamiento de las principales organizaciones médicas frente a las mismas.

El Sistema de Salud Colombiano

La constitución política de 1991 de Colombia dispuso el derecho de todos los ciudadanos a la atención a la salud como servicio público cuya prestación es realizada bajo dirección, coordinación y control del Estado, con participación de agentes públicos y privados (Constituyente, 1991). Posteriormente, la ley 60 de 1993 indicó la descentralización del sistema de salud colombiano (Guerrero, Gallego, Becerril-montekio, & Vásquez, 2011). Finalmente, la ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual contiene tres regímenes de afiliación:

- Régimen Contributivo: Afilia a todos los trabajadores asalariados, pensionados e independientes con ingresos igual o superior al salario mínimo mensual.
- Régimen Subsidiado: Afilia a todas las personas sin capacidad de pago.
- Régimen especial: Afilia a trabajadores de Policía Nacional, Fuerzas Militares, ECOPETROL, Magisterio y Universidades Públicas.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se realiza a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que pueden ser públicas o privadas, las cuales

ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o POS-S para los del régimen subsidiado. El régimen contributivo funciona con una cotización de sus afiliados mientras que el régimen subsidiado con un subsidio del contributivo y fondos fiscales de impuestos (Guerrero et al., 2011).

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben entregar las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), este fondo posteriormente regresa a las EPS una cantidad de dinero designado por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) según el riesgo del grupo poblacional y el número de afiliados. Para el régimen subsidiado también existe una UPC-S que maneja otra cifra distinta a la del contributivo (Guerrero et al., 2011).

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) están encargadas de contratar con las Instituciones Promotoras de Salud (IPS), las cuales son las encargadas de proveer la atención en salud a los usuarios del sistema (Guerrero et al., 2011).

Dirección del Sistema de Salud Colombiano

El Ministerio de la Protección Social era la fusión entre el Ministerio de Salud y Trabajo durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Luego con la llegada del gobierno de Juan Manuel Santos Calderón se solicitó al Congreso de la República dividirlos nuevamente, con ello se dio la reincorporación del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta entidad es la encargada de dictaminar la política nacional del sector salud (Guerrero et al., 2011).

El órgano asesor y consultor del SGSSS era la Comisión de Regulación en Salud (CRES), esta entidad tenía como función en ese entonces definir el valor de la UPC, los contenidos del POS y las tarifas de copagos y cuotas moderadoras (Guerrero et al., 2011).

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) es la encargada de la inspección, vigilancia y control del funcionamiento de los actores del sector salud. Los departamentos y municipios por su parte tienen también sus direcciones locales de salud, las cuales realizan el diagnóstico y vigilancia del sistema de salud en sus jurisdicciones (Guerrero et al., 2011).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) son los encargados de la “vigilancia, regulación, inspección y control de alimentos, medicamentos e insumos para la salud, dispositivos médicos, bancos de sangre, tejidos y órganos” (Guerrero et al., 2011, p 152).

Ilustración 3



Tomado de: Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México, 53(122), 12.

Crisis en el sistema de salud y visión del gobierno de Santos Calderón

El gobierno de Juan Manuel Santos Calderón recibió un sistema de salud en medio de una crisis financiera. La crisis financiera llegó a un máximo punto con la expedición de los decretos de emergencia social⁴ durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Estos decretos fueron el resultado de una problemática estructural no resuelta, que se vio reflejada en los impagos a los principales hospitales del país.

Recurrir a los decretos de emergencia social implicaba el traslado del riesgo financiero a los bolsillos de los ciudadanos, quienes debían asumir costos de sus tratamientos. La corte constitucional consideró que estos decretos violaban la constitución de 1991 y los inhabilitó, sin lograr la activación de estos.

Los sucesos ocurridos con la expedición de los decretos de emergencia, diciembre de 2009, representaron un primer intento reformista a gran escala del sistema de salud colombiano desde la expedición de la ley 100 de 1993.

El año 2012, primer periodo presidencial de Juan Manuel Santos planteó un reto frente a la crisis financiera que vivía el sector salud. La crisis era evidenciada por diferentes organizaciones en el país, como lo mencionado por la Procuraduría General de la Nación de que "[...] existen fallas estructurales que está sufriendo el pueblo colombiano y menester es corregir prontamente esos yerros estructurales" (Muñoz, 2012d, párr. 4) e igualmente las denuncias realizadas por la entonces Contralora General de la República, Sandra Morelli Rico, al referir que "se demuestra la vulnerabilidad del sistema a cualquiera que quiera

⁴ Se refieren al decreto 4975 de 2009. En este decreto, el gobierno de Álvaro Uribe Vélez declaró el estado de excepción. Gran parte de las organizaciones médicas convocaron marchas y protestas contra los decretos expedidos. Finalmente, la corte constitucional declaró inexequibles los mismos.

montar una lógica de defraudación [...] el Estado Colombiano lleva la peor parte en esta crisis porque no tiene como hacer control [...] más del 50% de los recursos de la salud se desvía de manera indebida para el lucro privado" (Muñoz, 2012d, párr. 2).

Igualmente, Morelli Rico manifestó que “[...]el problema de la salud en Colombia no ha sido la falta de recursos, ni de la Ley 100/93 o reformas posteriores. Lo que debe reprocharse es el modelo que se ha desarrollado desvirtuando el mandato original de nuestra Constitución y la Ley, producto de operadores y reguladores interesados más en la búsqueda de un modelo financiero en donde se privilegian las cifras de la población carnetizada, y no de la real y efectivamente atendida”(Guzmán, 2012e, párr. 1).

Las dificultades vividas por el sistema de salud colombiano fueron expuestas por la prensa, especialmente la temática de corrupción en salud, por lo cual muchas Empresas Prestadoras de Salud, EPS, estaban siendo investigadas⁵ (Guzmán, 2012c). Además los medios de comunicación mostraron la crisis financiera por la cual atravesaban los hospitales y el régimen subsidiado (Guzmán, 2012c).

Las dificultades que vivió el sistema de salud colombiano implicaron por parte del gobierno nacional el cambio constante de los ministros de Salud y Protección Social. En primera instancia liderado por el economista, Mauricio Santamaría Salamanca, quien fue reemplazado por la médica, Beatriz Londoño Soto y, finalmente, el también economista Alejandro Gaviria Uribe.

⁵ Un escándalo ocurrido en 2011 fue la identificación de decenas de correos electrónicos entre funcionarios de 14 EPS y ACEMI (gremio que reúne a las principales EPS del país). En estos correos electrónicos se mencionaba unos acuerdos para la negación de servicios médicos a usuarios y la manipulación de cifras entregadas al gobierno. Las EPS investigadas fueron: Colmédica, Coomeva, Famisanar, Salud Total, SOS, SuSalud, Saludcoop, Cruz Blanca, Cafesalud, Sanitas, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle y Humana Vivir. Este suceso fue conocido como el “Pacto de Acemi”.

El primer movimiento realizado por el gobierno Santos Calderón fue transferir a Santamaría Salamanca a la dirección del Departamento Nacional de Planeación y designar como ministra de Salud y Protección Social a Beatriz Londoño Soto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012h).

Recién designada la médica Londoño Soto como ministra de Salud y Protección Social, el entonces presidente de la ANDI, Luis Carlos Villegas Echeverri, le pide organizar el sistema de salud y no insistir en grandes reformas (Redacción Revista Dinero, 2012a). Villegas Echeverri le expuso mediante una carta la visión de esta organización del sistema de salud colombiano, donde prima una concepción que se rige en mantener la estructura del sistema sin plantear cambios de fondo. Villegas Echeverri lo expresa como un “[...] gran retroceso por el desconocimiento de que los colombianos han ganado en términos de bienestar y ha sido reconocido por la OMS⁶” si se altera este modelo (Redacción Revista Dinero, 2012a, párr. 2).

El presidente Juan Manuel Santos Calderón, reiteró el interés en realizar ajustes específicos al sistema de salud colombiano sin cambios estructurales de fondo:

"Oímos y escuchamos reclamos muy acertados sobre falencias del sistema de salud, en eso estamos trabajando; también vamos a coordinar con los gobernadores a ver cómo podemos trabajar para realizar los correctivos que se le deben hacer al sistema, nos falta muchísimo por avanzar para que la gente se sienta cómoda en cuanto al servicio de salud" Juan Manuel Santos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b, párr. 1).

⁶ Organización Mundial de la Salud.

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social, no contemplaba transformar el sistema de salud desde sus cimientos, esto queda evidenciado en la entrevista realizada por el periódico El Espectador a la ministra Londoño Soto, quien expresó que “[...] el sistema tiene dificultades, pero ha hecho avances. Tenemos dificultades en el flujo de recursos, que es lo más notorio para la mayoría de las personas” (Calderón, 2012, párr. 17).

La ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto, reiteró en otra ocasión que “[...] hay muchos que presionan para que el Sistema actual colapse. La posición del gobierno es clara: “Debe existir el aseguramiento, porque ha demostrado buenos resultados, aunque reconocemos que hay mucho descontento con las EPS. Por eso trabajamos en que queden sólo las que cumplan la misión para la cual fueron creadas: proteger la salud de los colombianos” (Guzmán, 2012c, párr. 3).

Fue claro, por lo mencionado previamente, que, para el gobierno Santos Calderón, una transformación del sistema de salud, no podía contemplar la modificación del modelo de aseguramiento tradicional. La ministra Londoño Soto en varias oportunidades lo reiteró como que “[...] no puede ser borrón y cuenta nueva, porque hay avances importantes en algunos temas. Reconozco que hay dificultades y ya han sido diagnosticadas” (Muñoz, 2012c, párr. 1).

Aunque noticias como la unificación del Plan Obligatorio de Salud, POS, para el régimen subsidiado y contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012e) podrían percibirse

⁷ Es claro en esta cita que el gobierno nacional no tiene interés en reformar el sistema de salud, de ahí que la propuesta que saldría de parte del gobierno no transforma el modelo de salud en Colombia. Por el contrario, cambia algunos nombres y persiste la figura de la intermediación como veremos más adelante en el capítulo.

como un avance en materia de salud, las insatisfacciones de muchos actores del sistema seguían presentes (Arboleda, 2012a) (Muñoz, 2012a).

Los actores del sistema de salud piden una transformación

Insatisfacciones y deseos reformistas fueron parte de las conversaciones de muchos agentes del sector salud, tal como manifestó el director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, en el Décimo Congreso Colombiano de Hospitales y Clínicas:

“Creemos que la hora de esperar ya pasó, y queremos convocar también al poder legislativo, a los congresistas de la República, a que entiendan que el sistema de salud colombiano es un sistema fallido y que necesita de manera urgente un cambio, que no sea sólo sacar una ley que quede para reglamentación posterior; debe ser un cambio que lleve a un sistema más sencillo para los ciudadanos, que les garantice las cosas básicas como oportunidad y calidad” (Redacción El Pulso, 2012a, párr. 2).

Las insatisfacciones involucraban temas como el futuro de la integración vertical⁸, tema que tenía radicado en el congreso una propuesta reformista propia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a), y las problemáticas relacionadas con la Política Nacional de Talento Humano en Salud⁹ en la cual era claro que la ley 100 de 1993 no contempló los retos que implicaba (Guzmán, 2012).

⁸ Este concepto aplicado al sector salud permite que las EPS sean dueñas de los hospitales y clínicas, es decir la integración entre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Para el periodo estudiado de esta investigación las Entidades Promotoras de Salud, EPS, no podían tener gastos en salud superiores al 30% en su red de prestadores.

⁹ La ley 100 de 1993 no abarcó esta temática, de ahí la inconformidad de muchas organizaciones médicas ya que no existía una política clara sobre el ejercicio profesional.

También 8 ex ministros de salud: María Teresa Forero, José Félix Patiño, Camilo González Posso, Eduardo Díaz Uribe, Alonso Gómez, Efraín Otero, Gustavo de Roux y Antonio Navarro Wolff, manifestaron al presidente Juan Manuel Santos Calderón que “[...] se hace necesario la reforma estructural, de fondo, del actual ordenamiento que no aguanta más remiendos” (Muñoz, 2012b, párr. 3).

Desde la voz de las Empresas Prestadoras de Salud, EPS, a través de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, ACEMI, su presidente, el médico Jaime Arias Ramírez,¹⁰ refirió que “El sistema de salud debe revisarse mediante una evaluación técnica, objetiva e independiente, que permita establecer cuáles son las fallas estructurales y qué debe hacerse en cada caso” (Guzmán, 2012b, párr. 1).

Voces de organizaciones médicas se expresaron frente a la crisis vivida por el sector salud. La Federación Médica Colombiana, FMC, a través de su presidente Sergio Isaza Villa, manifestó que “[...] urge un cambio de sistema. Reemplazarlo por otro basado en el respeto del derecho a la salud” (Guzmán, 2012d, párr. 1).

También la Academia Nacional de Medicina, en palabras de su presidente Fernando Sánchez Torres, refirió que “[...] nuestro sistema de salud debe ser público, con colaboración del sector privado en algunos campos, pero hay que suprimir la intermediación, el problema grave es la ley 100 que ha convertido en un negocio la prestación de los servicios” (Guzmán, 2012f, párr. 1). Sánchez Torres sugirió, como una iniciativa de esta organización médica, el deseo de “[...] entregar al país un instrumento que permita una reforma integral, sobre el

¹⁰ Jaime Arias Ramírez es médico de la Universidad Javeriana con especializaciones en Medicina Preventiva, Salud Pública y Administración de la Salud de la Universidad de Harvard. Fue ministro de educación durante el gobierno de Betancur. Además, fue el presidente del antiguo Instituto del Seguro Social (ISS).

gran principio de la Carta Política: la salud como derecho fundamental garantizado por el Estado. Preparamos un proyecto de reforma estatutaria que sirva de marco a un proyecto de ley ordinaria que reestructure el sistema” (Guzmán, 2012f, párr. 1). Esta sugerencia, por parte de la Academia Nacional de la Medicina, fue una de las primeras iniciativas de reforma a la salud identificadas en la revisión de prensa de este proyecto de investigación.

Las voces de actores y organizaciones en el sistema de salud pedían una reforma a la salud en Colombia, incluyendo propuestas puntuales como la mencionada por el médico Fernando Sánchez Torres, que involucraba un proyecto de ley estatutario y ordinario. Varias organizaciones médicas (Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Colegio Médico Colombiano y Asociación Médica Sindical) enviaron una carta al presidente Juan Manuel Santos Calderón, en esta solicitaban revisar la estructura del sistema de salud (Guzmán, 2012f).

Reformar el sistema de salud: ¿Ley Estatutaria o Ley Ordinaria?

Las propuestas que buscaron reformar el sistema de salud se resumen en dos tipos de iniciativas, una a través de un proyecto de ley estatutario y la otra como proyecto de ley ordinario.

Una ley estatutaria es aquella que desarrolla textos de índole constitucional que reconoce y garantiza los derechos fundamentales (Congreso Visible, 2017). Buscan complementar todas las medidas que garanticen su desarrollo y cumplimiento (Congreso Visible, 2017). Aquí entran normativas relacionadas con educación, empleo, administración de justicia, organización y régimen de partidos políticos, instituciones, mecanismos de participación ciudadana y para nuestro caso salud (Congreso Visible, 2017). La aprobación, modificación o derogación de las leyes estatutarias se realizan en el Congreso de la República y requiere

mayoría absoluta (Congreso Visible, 2017). El trámite de este tipo de leyes se da en una sola legislatura (Congreso Visible, 2017).

Por otra parte, la ley ordinaria es aquella que despliega las previsiones de la estatutaria, sin ser admisible que se desarrolle por decretos o decisiones de gobierno. Este tipo de ley debe estar articulada a la ley estatutaria, por lo que debería tramitarse en primera instancia la estatutaria y luego la ordinaria (Ambito Juridico, 2013). Se requiere para su aprobación un debate en cada cámara (Senado y Cámara de Representantes). De recibir una votación favorable, posteriormente se concilia en las dos cámaras y recibe sanción presidencial (Ambito Juridico, 2013).

Los proyectos de ley fueron múltiples: muchas voces expresaron sus propuestas y algunos inclusive se fusionaron. Pero si queremos identificar un evento que motivó y justificó las propuestas por parte del gobierno nacional fueron los resultados de una investigación, realizada por la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo)¹¹, llamada “La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro”, de Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata (Arboleda, 2012c).

Esta investigación planteó que “el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento, sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en cobertura y disponibilidad de recursos” (Arboleda, 2012c, párr. 6).

¹¹ Alejandro Gaviria Uribe fue subdirector e investigador asociado de Fedesarrollo según su CvLAC.

La investigación realizada por Fedesarrollo implicó para el Ministerio de Salud y Protección Social una justificación para “tramitar ante el Congreso una ley estatutaria que defina responsabilidades y límites para cada uno de los actores del sistema” (Arboleda, 2012c). Los resultados de Fedesarrollo también apoyaron la postura de la asociación que aglomera a buena parte de las EPS en el país, ACEMI, al considerar como avances los resultados del sistema de salud colombiano. Jaime Arias Ramírez, presidente de ACEMI, consideró por este estudio que el país “[...] dio pasos gigantescos en materia de salud que ahora quieren ignorarse, y no sólo en aseguramiento” (Arboleda, 2012c, párr. 2).

La anterior investigación no fue bien recibida por todos, la crítica no se hizo esperar por parte de la Contralora General de la República, Sandra Morelli Rico, quien consideró los resultados como “benevolentes” frente a la responsabilidad de las EPS en el resultado de la crisis en salud (Arboleda, 2012b).

El gobierno nacional ya contemplaba entonces la necesidad de reformar la salud del país y tenía a consideración la necesidad de desarrollar un proyecto de ley estatutario, la Ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto, en un foro sobre “Aportes para una ley estatutaria en salud” lo manifestó como el elemento jurídico que “tiene por objeto establecer con precisión el alcance de un derecho fundamental como es en este caso el de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c, párr. 2).

Londoño Soto incluso enfatizó que el ministerio había presentado “[...] la posición en lo que debe centrarse, en lo que ha establecido la Corte Constitucional y que hace referencia entre otros, al alcance de ese derecho individual y colectivo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c, párr. 2).

Llevar a cabo una reforma a la salud generó por parte del gobierno que se realizara otro cambio fundamental en la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social. Cambio que consistió en la designación como nuevo ministro al economista Alejandro Gaviria Uribe¹².

La designación de Gaviria Uribe como nuevo Ministro de Salud y Protección Social no produjo en muchas organizaciones médicas satisfacción (Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Colegio Médico Colombiano, Asociación de Sociedades Científicas, Asociación Nacional de Internos y Residentes y la Asociación Médica Sindical Colombiana), sino que contemplaron la decisión por parte del gobierno nacional como una necesidad de “[...] cambiar de rumbo, utilizando una carta de navegación distinta a la puramente economicista¹³” (Muñoz, 2012e, párr. 4).

De igual forma la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI) consideraron que para el Ministerio de Salud y Protección Social era necesario un “[...] perfil profesional más enfocado a velar por la garantía del derecho fundamental a la salud, que por perpetuar el ineficaz modelo de aseguramiento que ve la salud como una 'mercancía” (Muñoz, 2012e, párr. 5). La llegada de Alejandro Gaviria Uribe al Ministerio de Salud y Protección Social se caracterizó por un enfoque a la problemática financiera que vivía el sistema de salud en ese momento.

¹² Alejandro Gaviria Uribe es ingeniero civil de la Escuela de Ingeniería de Antioquia y tiene una Maestría en Economía de la Universidad de los Andes. Realizó un Doctorado en Economía en la Universidad de California. Ha trabajado en la Federación Nacional de Cafeteros, Departamento de Planeación Nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). También ha sido decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes. Actualmente se desempeña como ministro de salud en el gobierno de Juan Manuel Santos.

¹³ Vale la pena resaltar que en el gobierno de Juan Manuel Santos Calderón también estuvo a cargo de la cartera de salud el economista Mauricio Santamaría.

Gaviria Uribe habló de la necesidad de “[...] un trabajo normativo paralelo al saneamiento fiscal y financiero de los hospitales, que contempla el proyecto de Ley Estatutaria para regular el derecho a la salud, evaluación de posibles leyes ordinarias que introduzcan ajustes estructurales al sistema en pro del mismo derecho, tales como el modelo del régimen subsidiado, ordenamiento de los No POS y fortalecimiento del modelo de vigilancia y control” (Guzmán, 2012g, párr. 4).

Aunque el Ministro de Salud y Protección Social manifestó que se reunió personalmente con miembros del sector salud, organizaciones de pacientes y comisiones de Cámara y Senado (Guzmán, 2012g), la intención de reformar la salud del país por parte del gobierno no fue bienvenida por organizaciones como la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR).

La entonces presidenta de la ANIR, Carolina Corcho, al referirse a uno de los proyectos adelantados en el congreso, se preguntó: “¿La salud va a ser un derecho o la vamos a poner en manos del mercado y del negocio? Eso no queda resuelto en el proyecto de ley estatutaria de la U¹⁴” (Arboleda, 2012d, párr. 4).

Inicialmente el ministro Gaviria Uribe contempló que el desarrollo de la reforma a la salud debía seguir un orden establecido “[...] primero la ley estatutaria y después vendrá la discusión sobre la ley ordinaria que tendremos a lo largo del semestre” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012d, párr. 4). Orden que no fue acorde a la realidad, ya que los dos proyectos de ley, tanto el estatutario como el ordinario, se dieron en simultánea. Gaviria

¹⁴ Carolina Corcho se refiere a las propuestas de reforma a la salud planteadas por el partido de la U, especialmente la liderada por el senador Roy Barreras. Más adelante entraremos en detalles de estas.

Uribe manifestó la necesidad de crear un fondo¹⁵ que recaude y unifique los recursos de salud en un solo lugar para poder “[...] saber cuál es la plata de la salud y tener una respuesta clara de si los recursos alcanzan o no” (Redacción Revista Dinero, 2012d, párr. 4). El ministro Gaviria Uribe expuso ante la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, ASOCAJAS, que pasaría dos proyectos de ley al congreso, uno será de tipo estatutario para la regulación del derecho a la salud y el otro de índole ordinario para reformar la ley 100 de 1993 (Muñoz, 2012f).

Los proyectos de ley de contenido estatutario y ordinario comenzaron a presentarse en el congreso, uno de ellos realizado por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR)¹⁶ y la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA)¹⁷, quienes radicaron su proyecto de Ley Estatutaria en Salud (Redacción El Pulso, 2012b). Este proyecto de ley estatutario contemplaba el derecho a la salud como un derecho fundamental¹⁸ y eliminaba la intermediación financiera¹⁹ mediante la eliminación de las EPS (Redacción El Pulso, 2012b).

Por su parte, el entonces Senador del Partido Liberal, Edinson Delgado Ruiz, presentó un proyecto de ley ordinario en la Comisión Séptima del Senado para reformar el sistema de salud. Al igual, el ministro Gaviria Uribe también contemplaba la creación de un “[...] fondo

¹⁵ El fondo del cual habla Gaviria Uribe se refería a la propuesta del Salud-Mía que más adelante se mencionará en detalle.

¹⁶ El vocero de esta comisión era el médico salubrista Saúl Alonso Franco Agudelo.

¹⁷ El vocero de la ANSA era el médico Mario Hernández Álvarez. Hernández tiene una maestría en Historia y un Doctorado en esta misma área en la Universidad Nacional de Colombia. Mario Hernández ha sido uno de los principales críticos al sistema de salud colombiano y ha publicado múltiples artículos académicos sobre este tema.

¹⁸ La salud fue considerada como un derecho fundamental desde la Sentencia T760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional.

¹⁹ La intermediación financiera se refiere al manejo de los recursos económicos que ejercen las EPS en cuanto al pago a las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, por sus servicios con recursos públicos.

de Salud que debe ser administrado por la Nación en cabeza del Ministerio de Salud directamente” (Redacción Revista Dinero, 2012c, párr. 5).

Este fondo tendría una relación directa con las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, y cambiaría la función de las EPS ya que estas “no estarían manejando los recursos de la salud en Colombia ni tendrán como función prestar ese servicio sino que se encargarán al aseguramiento, a lograr que todos los colombianos estén asegurados en todo lo que tiene que ver con la salud, y a su vez ejercer el control de la red prestadora de este servicio” (Redacción Revista Dinero, 2012c, párr. 7).

Distintos actores reconocían que la llegada de una reforma a la salud era clara, cada uno aportando desde sus ópticas sobre cual tipo de reforma debe prevalecer. El director de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, reconocía que “[...] ningún subsector de la salud es capaz de movilizar solo una reforma, se requiere una integración de fuerzas para encauzar una buena reforma al sistema” (Ocampo, 2012, s.p).

María Clemencia Mayorga Ramírez, de Sociedad Colombiana de Pediatría y Federación Médica Colombiana, consideraba necesario que las reformas que se adelantasen tuvieran en cuenta el “[...] recurso humano; en leyes estatutarias se habla de principios fundamentales, pero para nosotros el recurso humano no es un actor más” (Arboleda, 2012d, párr. 3).

Igualmente, Rubén Darío Gómez, secretario de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, consideró necesario no dejar “[...] pasar este momento donde la academia se junta, no son fáciles estos momentos: son muy valiosos en términos de sinergia y esfuerzo” (Parra, 2012b, párr. 6).

El Congreso de la República: arena de proyectos para reformar el sistema de salud

En el mes de septiembre de 2012 la Comisión Primera del Senado aprobó en primer debate el Acto Legislativo que eleva la salud a derecho fundamental, lo cual generó de forma inicial inconformidad en el Ministerio de Salud y Protección Social (Parra, 2012a).

El congreso en noviembre de 2012 inició las discusiones de varios proyectos reformistas del sistema de salud: uno contemplaba la liberación de excedentes financieros en cuentas maestras, otro planteando la unificación de recursos financieros del sector salud que mejorarían la liquidez, 4 proyectos estatutarios y 6 ordinarios (Guzmán, 2012h). El Senador de Opción Ciudadana, Antonio José Correa Jiménez, presentó el proyecto de ley ordinaria 106 mientras que el Ministerio de Salud y Protección Social presentó el proyecto de ley ordinaria 135 (Redacción El Pulso, 2012c).

Con respecto a las opciones estatutarias, el congreso inició discusiones con el proyecto de ley 051 de los senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Roy Leonardo Barreras Montealegre, ambos del Partido de la U, quienes contemplaban la eliminación de la intermediación financiera, pero mantenían la estructura de las EPS sin modificarla (Redacción El Pulso, 2012c). Las discusiones de proyectos de ley estatutarios incluyeron los proyectos del Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona, Partido Alianza Verde, quien propuso eliminar las EPS y se sumó al proyecto de ley estatutario 105 de la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud (ANSA) con la participación de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 en cabeza del Senador, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Partido Polo Democrático Alternativo (Redacción El Pulso, 2012c). El senador Avellaneda Tarazona propuso unificar los proyectos de ley estatutarios que implicaran la eliminación de las EPS (Guzmán, 2012i).

Frente a los proyectos radicados en el congreso, el ministro Gaviria Uribe refirió interés con el proyecto radicado por el senador Roy Leonardo Barreras Montealegre, a lo que manifestó “[...] queremos dar la discusión, para proteger y regular el derecho a la salud, sin acabar la tutela ni el No POS” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012f, párr. 2).

Posteriormente en un foro en el Congreso de la República en el mes de diciembre de 2012, el ministro Gaviria Uribe, mencionó con respecto al apoyo del proyecto de ley estatutaria por parte del gobierno que “[...] está contemplado un mecanismo expedito, mejor que la tutela, más rápido y eficaz, y que la tutela siga siendo lo que fue, como fue concebida originalmente, es decir como un mecanismo excepcional; eso no es acabar con la tutela, eso es darle a la tutela el papel que debe tener en el sistema de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012g, párr. 5). Alejandro Gaviria Uribe, reiteró que “[...] no vamos a eliminar la tutela; además, esa ley tiene control previo de la Corte Constitucional. Yo creo en la tutela y jamás pensaría en eliminarla” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012g, párr. 7).

Un 2012 que termina y avecina cambios

Diciembre de 2012 finalizó con un inconveniente más para las finanzas del sector salud y fue la aprobación de la reforma tributaria propuesta por el gobierno de Juan Manuel Santos Calderón. La reforma tributaria, implicó la reducción en los impuestos parafiscales de las empresas, esto desembocó en la disminución de los aportes financieros para el sector salud (Restrepo, 2013). Los cambios que generó esta reforma tributaria produjeron la forma en que la salud sería financiada, por lo que el Ministerio de Salud y Protección Social justificó la necesidad de reformar el sistema de salud a través de una ley ordinaria que facilite el manejo de los recursos (Muñoz, 2013a). El ministro Gaviria Uribe, contempló la centralización del

recaudo económico mediante la creación de un fondo único, mencionado previamente, además de replantear el funcionamiento de las EPS, sin eliminarlas (Muñoz, 2013a).

Por lo anterior el 14 de diciembre de 2012 el ministro Gaviria Uribe en un foro de la Universidad de Antioquia refirió que adelantaría dos reformas al sistema de salud, una con calidad de estatutaria y la otra ordinaria, consideraba discutir y desarrollar la ordinaria en marzo de 2013 y en el segundo semestre de ese año realizar el debate con la estatutaria (Muñoz, 2013a). La estatutaria plantearía el rol del Estado frente a la protección del derecho a la salud y declarar la salud como derecho fundamental (Muñoz, 2013a).

El 2013: un año turbulento para la salud

El ministro Alejandro Gaviria Uribe anunció en la rendición de cuentas del Ministerio de Salud y Protección Social, que realizaría una reforma a la salud a través de dos leyes, una ordinaria y otra estatutaria, que contendría varios ejes (Muñoz, 2013b). Los ejes de esta reforma involucraban la creación de un fondo único, un modelo descentralizado en salud, servicios no POS y el recurso humano (Muñoz, 2013b).

Gaviria Uribe vio esta reforma a la salud como “[...] la principal tarea del Ministerio en los próximos meses” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013k, párr. 5) y “[...] por eso este año, el 2013, lo hemos planteado como un año fundamental, un año en el que la sociedad, como un todo, está demandando una reforma importante estructural a nuestro sistema de salud y ese es el primer reto que vamos a enfrentar” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013k, párr. 3). El ministro Gaviria Uribe manifestó que la reforma a la salud implicaría un periodo de transición de dos años, en ese periodo radicarían el proyecto ante el congreso en la primera legislatura (Redacción Revista Dinero, 2013b).

Por su parte Juan Carlos Giraldo Valencia, director de ACHC, consideró este tiempo como un “periodo muy largo” y que “[...] todo cambio necesita tiempo pero no puede ser tan largo, debería ser de este año y que ya a 2014 ya esté funcionando bien” (Redacción Revista Dinero, 2013d, párr. 3). La preocupación de la ACHC radicaba en la “[...] gran cantidad de problemas acumulados, deudas que tienen las EPS con hospitales y clínicas colombianas” (Redacción Revista Dinero, 2013d, párr. 7).

La reforma a la salud propuesta por el gobierno Santos Calderón, recibió asistencia técnica de las misiones del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo²⁰ (Guzmán, 2013b). Esta reforma fue radicada en conjunto por el presidente Juan Manuel Santos y el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013ab).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuatro problemas que impulsaron la reforma a la salud fueron: Las barreras de acceso a los servicios de salud, el pago inoportuno a prestadores, uso inadecuado de recursos y replanteamiento del modelo de aseguramiento en regiones distantes (Redacción El Pulso, 2013b). Juan Manuel Santos Calderón, refirió en la radicación de esta reforma que “[...] después de muchos ires y venires, de mucha concertación, hemos radicado estos dos proyectos de ley, uno estatutario con 14 artículos, y otro proyecto de ley ordinario, con 67 artículos” (Muñoz, 2013c, párr. 1). Esos dos proyectos de ley los describió el ministro Gaviria Uribe como “[...] un proyecto de Ley Estatutaria (el 209), de iniciativa parlamentaria, que recoge un trabajo denodado de la comunidad médica, 14 artículos que plantean los objetivos fundamentales del sistema, este es el norte hacia donde queremos que vaya nuestro sistema, pero ese norte necesita una dirección y eso es lo que

²⁰ El ministro Gaviria también trabajó como investigador previamente en esta entidad.

trata de hacer el Proyecto de Ley Ordinaria (el 210): mostrarnos el camino para lograr ese objetivo” (Muñoz, 2013c, párr. 3).

El Ministerio de Salud y Protección Social planteó inicialmente un mensaje de urgencia para la radicación del proyecto en el congreso (Redacción El Pulso, 2013c), contradicción del gobierno al no aclarar si era o no urgente pasarlo a debate. Este proyecto de ley ordinaria (Redacción El Pulso, 2013c) implicaba las siguientes propuestas:

- **Mi-Salud:** Funcionaría como un fondo único de recaudo y afiliación, eliminaría el FOSYGA y sería una entidad gubernamental descentralizada con autonomía financiera y presupuestal, además autónoma. Este fondo pagaría directamente a los prestadores y afiliaría a los usuarios.
- **Mi-Plan:** Se eliminaría el POS, lo anterior buscando redefinir el plan de beneficios de los usuarios y además estaría basado en listas de exclusiones.
- **Gestores de Servicios de Salud:** Se eliminaría la figura de las EPS, estas deberían transformarse en tres opciones: Enfocarse en seguros voluntarios, transformarse en administradoras gestionando los servicios de salud en áreas de gestión sanitaria o convertirse en Instituciones Prestadoras de Salud, si previamente estaban integradas verticalmente para integrarse a alguna red prestadora. Estas gestoras tendrían también como función la gestión del riesgo y ordenar los giros a los hospitales, giros que realizaría Mi-Salud. Toda EPS que no realizara alguna de las anteriores transformaciones en el curso de dos años sería liquidada.
- **Áreas de Gestión Sanitaria:** Implicaba generar una división por distritos, aproximadamente entre 10 o 12 en el país, como áreas de gestión sanitaria. Estas áreas

funcionarían con las redes de prestadores de servicios y administradores para atender los grupos poblacionales contenidos en cada una de ellas.

- Redes de Prestadores de Servicios de Salud: Conformadas por los Gestores y éstas funcionarían en las Áreas de Gestión Sanitarias.

El ministro Gaviria Uribe agregó la posibilidad del “[...] nombramiento de los gerentes de los hospitales directamente por mandatarios locales y no por meritocracia” (Redacción Revista Dinero, 2013e, párr. 6). Los cambios que sugería este proyecto de ley ordinario 210 fueron vistos por Gaviria Uribe como un “terreno escabroso” (Redacción Revista Dinero, 2013f), pero confiaba en tener al final de año la reforma aprobada.

Las críticas a este proyecto no se hicieron esperar, por ejemplo la profesora de la Universidad de Antioquia, Marcela Vélez, quien manifestó que “[...] desde que se nombró ministro de Salud al doctor Alejandro Gaviria, y aún desde antes, se tiene la idea de cómo piensa el presidente Santos: que el problema del sistema de salud es financiero”(Guzmán, 2013c, párr. 1). Néstor Álvarez Lara, presidente de la Asociación de Pacientes de Alto Costo, se refirió a la poca socialización de esta reforma por parte del ministerio: “[...] a nosotros no nos han buscado, se reunieron con ACEMI, con el Congreso, pero con nosotros no” (Redacción Revista Dinero, 2012b, párr. 4). Este grupo veía con preocupación el cambio de rol de las EPS ya que los pacientes podrían “[...] tener que comprar los servicios de alta complejidad, estaríamos retrocediendo en el sistema de salud colombiano” (Redacción Revista Dinero, 2012b, párr. 9). Por su parte, Juan Carlos Giraldo Valencia, director de la ACHC, consideraba que “[...] la integración vertical generó un conflicto de intereses donde se ejecutan varios eslabones de la misma propiedad de la cadena de servicios. Van a haber más restricciones

para las clínicas y hospitales por la participación de las EPS o administradoras. Se necesita independencia absoluta” (Redacción Revista Dinero, 2013d, párr. 12).

El proyecto de ley ordinario 210 tampoco fue bien recibido por las EPS, quienes al ver la incertidumbre de lo que se ofrecía en cuanto a su transformación en Gestoras, exponían sus puntos de vista que no apoyaban la transición. El presidente de ACEMI, Jaime Arias Ramírez, refirió frente a este tema que “[...] ser gestoras, como se plantea en el proyecto, o sea, auditoras, no creo que estén en ese plan, pero podría ser que alguna quisiera renunciar a todo lo que ha hecho para convertirse simplemente en una firmita de auditoría” (Guzmán, 2013d, párr. 3). Arias Ramírez también dudó del papel de las EPS en cuanto a su transformación en Instituciones Prestadoras de Salud, al manifestar que “[...] no son muchas las que tienen red de prestación, serán uno o dos hospitales, no creo que muchas se metan a hacer redes de salud” (Guzmán, 2013d, párr. 4).

La inconformidad manifestada por ACEMI fue acompañada por el presidente de Salud Total EPS, Luis Guillermo Vélez Atehortúa, quien consideró el proyecto de ley ordinario como “[...] inconveniente, pues no creo que haya toda la infraestructura para llevarlo a cabo” (Guzmán, 2013h, párr. 2). También mencionó que “[...] si eso no está bien definido, es preferible ser una administradora y que la gestión del riesgo quede a cargo del Estado” (Guzmán, 2013h, párr. 2).

Por otra parte, algunas organizaciones médicas vieron con recelo el proyecto de ley ordinario ya que los cambios propuestos no impactaban en el modelo de aseguramiento del sistema de salud y la transformación de las EPS no generaba confianza. Por ejemplo, el presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Carlos Francisco Fernández Rincón, comentó que “[...] las EPS, concebidas hoy como intermediarias y que demostraron hasta la

saciedad que definitivamente no tienen componente de aporte al sector, no deben transformarse en administradoras, no deben existir, debe haber otras entidades en su lugar” (Guzmán, 2013e, párr. 2). Igualmente Fernando Sánchez Torres, presidente de la Academia Nacional de Medicina, se refirió al tema como “[...] que las EPS se retiren y no tengan nada que ver en el sistema de salud y que el Estado asuma el compromiso de administrar todo; con la experiencia que tuvimos ya es suficiente” (Guzmán, 2013f, párr. 1). También Sergio Isaza Villa, presidente de la FMC, ve la opción de la integración vertical como una la posibilidad de que “[...] las EPS podrían mantener sus propios hospitales y laboratorios farmacéuticos, por ahí entran al negocio” (Guzmán, 2013g, párr. 2).

La reforma a la salud continua su camino en medio de debates

Las tensiones generadas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los diferentes actores del sistema de salud aumentaron. En parte, por algunos comentarios de varios funcionarios públicos. Uno de ellos fue una entrevista realizada por el periódico El Tiempo al ministro Gaviria Uribe, en la cual mencionó que “[...] en Colombia no hay una crisis de salud pública. Los indicadores no se han deteriorado drásticamente, como dicen algunos. Tampoco hay una crisis de prestación de servicios. Hay más de un millón de eventos diarios de salud. Existe, sí, una crisis financiera, un crecimiento acelerado de las deudas con los prestadores” (Guzmán, 2013a, párr. 1). Otra fue la opinión de muchos académicos del sector salud, quienes enviaron una misiva al ministro refiriendo que “[...] sí hay crisis en salud pública y en prestación de servicios, Señor Ministro” (Redacción El Pulso, 2013a, s.p).

Sumado a las dificultades de emprender una reforma, el ministro Gaviria Uribe recibió la peor calificación entre todos los ministros por parte de la encuesta de Dinero e Invamer a los empresarios, el ministrómetro no lo pasó (Redacción Revista Dinero, 2013a). Igualmente el

ministro de Hacienda, Mauricio Cárdenas Santamaría, indicó que era necesario “[...] acabar con el mecanismo de la tutela como fórmula para acceder a la salud” (Redacción Revista Dinero, 2013c, párr. 4).

El ministro Gaviria Uribe decidió hablar con asociaciones de pacientes en audiencia pública en el Congreso de la República, con respecto al tema de las tutelas y la relación con el proyecto de ley estatutaria adelantado. Gaviria Uribe reiteró que el Ministerio de Salud y Protección Social no quiere “[...] acabar con la tutela, yo lo estoy diciendo aquí públicamente, no lo vamos a hacer. La reforma no hace eso y si nos tenemos que sentar a redactar juntos y ustedes van a quedar más tranquilos, lo hacemos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013z, párr. 3).

La inconformidad frente al proyecto de ley ordinaria por parte del gobierno nacional, generó que la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social con la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud presentaran otro proyecto de ley (Redacción Revista Dinero, 2013h). Esta alternativa no logró mantenerse a flote durante los debates en el congreso y continuó su camino la propuesta gubernamental.

El ministro Gaviria Uribe respondió muchas de las críticas a su propuesta y en la 4ta Audiencia Pública frente a las sociedades científicas y miembros de la academia comentó: “Lo que yo no voy a aceptar y no vamos a aceptar desde el Gobierno es que digan que lo que queremos nosotros, que nuestra intención única es mejorarle las finanzas a yo no sé qué empresa financiera, eso es una canallada. Una gran mentira” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013i, párr. 3).

El proyecto de ley estatutaria: La salud como derecho fundamental [...] mientras la economía lo permita

El ministerio de Salud y Protección Social recurrió a socializar el proyecto estatutario con varios magistrados, esta propuesta contenía 14 artículos, en ellos se refería a la salud como un derecho fundamental y el replanteamiento del plan de beneficios, basado en exclusiones, que debe regularse con una ley ordinaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013n). El ministro Gaviria Uribe siempre refirió su preocupación sobre los alcances del derecho a la salud como fundamental²¹, específicamente en materia económica, al considerar que "[...]un derecho fundamental sin límites se presta a todo tipo de abusos. Por eso es importante la ley estatutaria de salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013s, párr. 5). Mauricio Ospina Gómez, Senador del Polo Democrático Alternativo, veía al ministro Uribe Gaviria "[...] presionando y buscando la aprobación de una reforma que solo favorece a los intermediarios de la salud" (Redacción Revista Dinero, 2013i, párr. 6). El vocero de la Comisión de Seguimiento de la Reforma del Sistema de Salud, Saúl Franco Agudelo, fue claro cuando convocó, en un primer llamado, a la movilización por una nueva reforma (Rodríguez, 2013a).

Por su parte, ACEMI, mostró su incomodidad con el trámite de la reforma a la salud al considerar que no tenían "[...] ningún proyecto de ley alternativa, ni siquiera artículos, sólo opinamos sobre lo que puede ocurrir con esta reforma, las cosas buenas que puede tener y los peligros que conlleva este cambio tan fuerte del sistema" (Guzmán, 2013i, párr. 1) y la exclusión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según Arias Ramírez, ya que

²¹ Precisamente el ministro Gaviria en 2014, al ser aprobado el texto de ley estatutaria que declara la salud como un derecho fundamental, refirió que "La Corte Constitucional quiere que todos los colombianos coman langosta" en el Congreso Nacional de Asocajas. La reacción fue al resultado de la declaratoria de exequibilidad del texto y el retiro del apartado que mencionaba la sostenibilidad económica.

el ministro “[...] se reúne más que todo con un ente llamado la 'Gran Junta Médica Nacional', pero con nosotros no, y en realidad tampoco tiene para qué reunirse, porque ya conocemos su pensamiento” (Guzmán, 2013i, párr. 1).

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social se reunió con los ponentes de las Comisiones Primeras del Senado y Cámara de Representantes, miembros de la Gran Junta Médica (Fernando Sánchez Torres, presidente de la Academia Nacional de Medicina, Pedro Contreras Rivera, presidente de ASMEDAS²² y Carlos Francisco Fernández, presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas) y el ministro del Interior, Fernando Carrillo Flórez. Esta reunión tuvo como objetivo exponer el proyecto concertado de ley estatutaria y que fue el resultado del trabajo conjunto. Como lo expone Carlos Francisco Fernández: “[...] los médicos estamos dispuestos a debatir y discutir con los congresistas el documento concertado con el Ministerio de Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013m, párr. 7).

Por su parte, el ministro Gaviria Uribe planteó ante la reunión con las comisiones del Congreso que “[...] respetamos la ponencia de Ley Estatutaria radicada por los Senadores de la Comisión Primera, pero creemos que la ponencia presentada por la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, concertada con la Gran Junta Médica y el Gobierno Nacional, es más conveniente para garantizar el derecho fundamental a la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013u, párr. 1). Posteriormente se inició la socialización en el país de la reforma a la salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social por lo que retiran el mensaje de urgencia que habían mencionado de forma inicial (Toro, 2013). Finalmente, el 20 de junio de 2013 se aprueba en el Congreso de la República el proyecto de ley estatutaria

²² Asociación Médica Sindical Colombiana.

209 senado/267 cámara, por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud. Esta ley debía pasar a una revisión previa por parte de la Corte Constitucional antes de ser sancionada por el presidente de la República (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013c).

El director de la ACHC, Juan Carlos Giraldo Valencia, calificó la aprobación de este proyecto como un avance, pero que debe estar atado al proyecto de ley ordinaria: “[...] se creó un marco donde se reiteró que la salud es un derecho fundamental, pero si la ley ordinaria no se ejecuta como debe ser, será un marco vacío” (Redacción Revista Dinero, 2013k, párr. 8). La aprobación del proyecto de ley estatutaria por parte del Congreso fue asumida por el presidente Santos Calderón como el final del “negocio” de la salud y del “[...] paseo de la muerte, donde al enfermo lo mandaban de un lado para otro hasta que se moría” (Redacción Revista Dinero, 2013j, párr. 5).

Pero otra opinión tuvo la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo, AFIDRO, al considerar que con la aprobación de la ley estatutaria se le quitaron “[...] facultades al Gobierno para regular a la cadena de intermediación” y “[...] si se dan desmanes de intermediación, van a culpar a los laboratorios”, esto fue expresado por Francisco de Paula Gómez, presidente de esta asociación (Redacción Revista Dinero, 2013l, párr. 6). Por su parte la voz de la FMC, Germán Fernández Cabrera, consideró que el Ministerio de Salud y Protección Social no tenía la intención de lograr la ley estatutaria sino “[...] que fue la presión social la que llevó al gobierno nacional a presentar los puntos que había analizado la junta médica como necesarios para establecer una ley estatutaria en salud” y en realidad la intención del Gobierno Nacional era “[...] acomodar sus necesidades del proyecto de ley 210 (ley ordinaria) a la ley estatutaria con el fin de mantener su propósito

inicial, que es mantener a las EPS con el control de los recursos financieros del sistema” (Rodríguez, 2013b, párr. 1). Fernández Cabrera, FMC, insistió en la limitación de la acción de tutela en lo aprobado en el proyecto de ley estatutaria (Rodríguez, 2013b). Esta opinión fue compartida por la Contraloría General de la República ya que consideraba que “[...] los artículos 16 y 17 de la Ley Estatutaria tienen objetivos claros de limitar la acción de tutela, que resulta ser el mecanismo jurídico más eficiente de nuestro sistema legal en la protección de los derechos fundamentales en especial en el tema de la salud” (Muñoz, 2013d, párr. 2).

De todas las críticas que llegaron al proyecto aprobado de ley estatutaria, tal vez la que más tuvo resonancia fue la relación del derecho fundamental atado a la sostenibilidad financiera. Nuevamente la FMC consideró este factor vinculante como un inconveniente, además de considerarlo erróneo al expresar que “[...] cuando uno analiza el cambio que se produjo a la Constitución en el Acto Legislativo No. 3 de 2011²³, es muy claro en decir que no se puede invocar la sostenibilidad fiscal en relación con los derechos fundamentales” (Rodríguez, 2013c, párr. 2). El ministro Gaviria Uribe, en el XI Congreso de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI), se refirió a esas críticas mencionando que no se negarían servicios de salud “[...] amparados en razones fiscales del Estado. Así quedó establecido tanto en la Ley Estatutaria, que es objeto de control previo en la Corte Constitucional, como en la propia Constitución Política” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b, párr. 7).

²³ Ese acto legislativo en el párrafo del artículo 01 menciona “Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”.

El proyecto de ley ordinario 210: Un proyecto que afectó muchos intereses

La construcción de los proyectos de ley tanto ordinario como estatutario fueron desarrollados en simultáneo, constituyendo dos debates que, aunque previamente el ministro Gaviria Uribe había considerado llevar un orden establecido, en realidad lo que ocurrió fue que el gobierno impulsó con ahínco reformar la salud desde un proyecto de ley ordinario, el cual fue polémico por la extensión de su alcance. En mayo de 2013, fue radicado en la Comisión Séptima del Senado, la ponencia del proyecto de ley ordinario para reformar el sistema de salud de Colombia desde la ley 100 de 1993. Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, senador del partido de la U, anuncia el inicio de los debates en la comisión a partir del próximo 04 de junio de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013t).

El ministro Gaviria Uribe hizo hincapié en que con esta propuesta se tendrán en cuenta el recurso humano y la oferta de especialidades médicas y se replantearía el régimen de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, ESE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013t), lo cual, como se verá más adelante, desencadenará todo tipo de descontentos y protestas.

La Comisión Séptima del Senado inició los debates del proyecto de ley ordinario 210 en junio de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013d); (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013f). Este proyecto fue aprobado en primer debate, ante lo cual el ministro Gaviria Uribe se refirió que quería “[...] transmitir un mensaje de tranquilidad de que vamos a seguir estudiando esto con calma, y que acá hay una transformación sustantiva de nuestro sistema de salud y no como se ha dicho muchas veces un cambio cosmético o menor” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013e, párr. 4).

La aprobación por parte de la Comisión Séptima del Senado en primera instancia de este proyecto generó el comentario de parte de Leonardo Villar Gómez, de Fedesarrollo, de que la creación del fondo Salud-Mía era una tarea compleja y que ese tipo de propuesta “no existe ni en Dinamarca” y lo ve muy difícil de realizar, ya que esta entidad tendría que pagarle a “15.000 IPS” y tendría que afiliar “a más de 45 millones de personas” (Redacción Revista Dinero, 2013k, párr. 11). Igualmente, ACEMI, a través de Jaime Arias Ramírez, consideró que su implementación “[...] tardaría años; miremos qué está pasando con Colpensiones o lo que pasó con el FOSYGA” (Redacción Revista Dinero, 2013k, párr. 11).

El Senador del Polo Democrático Alternativo, Jorge Enrique Robledo, consideró que el planteamiento de transformar las EPS en Gestoras “[...] mantienen intacto el modelo de la Ley 100 y el negocio de las EPS” (Redacción Revista Dinero, 2013k, párr. 14). Germán Fernández Cabrera, FMC, consideró que aunque se cambien los nombres y se “rebautizan las instituciones”, “[...] el modelo utilitario de la apropiación indebida de los recursos públicos de la salud para generar utilidades a los intermediarios se sigue manteniendo” (Rodríguez, 2013b, párr. 2).

Incluso la industria farmacéutica, por intermedio de Adele Gulfo -presidente de Pfizer América Latina-, consideró que lo que no les gusta de este proyecto “[...] es la incertidumbre. Para nosotros es necesario tener más claridad sobre lo que va a pasar. Llevamos 60 años en Colombia y queremos estar más tiempo, pero una de las cosas que espanta los negocios es la incertidumbre. Nadie invierte en el caos” (Redacción Revista Dinero, 2013n, párr. 3). También Lina María Bustamante, gerente de EPS Comfenalco-Antioquia, comentó que “[...] con la reforma, no es claro el planteamiento de ese cambio hacia Gestoras” (Guzmán, 2013k, párr. 2).

Un proyecto de ley que camina en un contexto lleno de problemas

El gobierno de Juan Manuel Santos Calderón tuvo como meta sacar adelante el proyecto de ley ordinario 210 de 2013, en cabeza del ministro Gaviria Uribe. Inclusive recurrió al Banco Interamericano de Desarrollo para un préstamo de 250 millones de dólares, dinero que sería utilizado para el diseño e implementación de esta reforma (Redacción Revista Dinero, 2013m). Aunque el primer debate de la ley ordinaria 210 fue favorable en la Comisión Séptima del Senado, múltiples actores del sistema de salud, tanto los que pedían una transformación completa como los que querían el continuismo manifestaron su molestia. La Federación Médica Colombiana fue clara en referir que el país expresó “[...] en las audiencias que se sucedieron en muchas ciudades y en todos los foros a lo largo y ancho del territorio para la eliminación de la intermediación financiera. Pero esa invocación que hizo el Movimiento Nacional por la Salud²⁴ no fue atendida ni por el gobierno ni por el Congreso de la República” (Rodríguez, 2013b, párr. 2). Germán Fernández Cabrera, miembro de la FMC, invitó a los colombianos para que se realizara una “[...] movilización masiva contra la ley ordinaria en el segundo semestre del 2013 que entrará a debate ese proyecto” (Rodríguez, 2013b, párr. 5).

Ni siquiera las EPS vieron con buenos ojos su transformación en gestoras según la propuesta de la ley ordinaria, hasta tal punto que Arias Ramírez, ACEMI, refirió que “[...] no se sabe si las futuras Gestoras son chicha o limonada, son una mezcla de ambas cosas, y eso no es bueno” (Guzmán, 2013j, párr. 4) y consideraba que “[...] la reforma planteada no resuelve las grandes fallas del sistema de salud” (Guzmán, 2013j, párr. 1).

²⁴ El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) surge como el resultado de la reflexión en el Primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social realizado en Bogotá en el año 2001.

Otro suceso que marcó el turbulento contexto del proyecto de ley ordinario 210 fueron las protestas del movimiento campesino que recurrieron a los bloqueos de vías, situación que fue conocida como la “revolución de las ruanas” (Semana, 2013c). En efecto el paro agrario generó múltiples inconvenientes en el ámbito nacional, entre ellos en la prestación de los servicios de salud (Agencias, 2013), por lo que el ministro de Trabajo, Rafael Pardo Rueda, manifestó que el gobierno es “[...] respetuoso de las movilizaciones sociales. Pero debemos verificar que no se interrumpan los servicios que presta el personal del sector de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013l, párr. 4). El Ministerio de Salud y Protección Social se sumó igualmente a la denuncia de estas conductas durante el paro agrario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013aa).

Las críticas al proyecto de ley ordinario 210 no cedieron y dentro del Congreso de la República se avivaron voces que dudaban sobre la continuidad del proyecto. Por ejemplo, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Senador del partido de la U, se manifestó sobre la necesidad de una armonización entre el proyecto de ley estatutario y el ordinario (Rodríguez, 2013d). Vale la pena anotar que, aunque el proyecto estatutario fue aprobado, aún faltaba la revisión final por parte de la Corte Constitucional.

Por su parte la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), manifestó que rechazaba la ley estatutaria en salud que fue aprobada y el proyecto de ley ordinario 210 que iba en curso (Martinez, 2013).

Frente a las dificultades con el reinicio del debate de la ley ordinaria, el ministro Gaviria Uribe expresó el “[...] sentido de urgencia, esta reforma se necesita, esto no es para resolver problemas para dos o tres años” y “[...] creo que dada la urgencia con la que el país necesita cambiar el sistema de salud, incluso en coyuntura preelectoral, es mucho más importante

discutir esta reforma que cualquier otra cosa, porque es uno de los problemas más acuciantes que tienen los colombianos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013v, párr. 2).

El mensaje de urgencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social fue contradictorio ya que inicialmente negó la urgencia del trámite de esta propuesta. Dado el mensaje de urgencia que manifestó el ministro Gaviria Uribe, el presidente del Senado de la República, Juan Fernando Cristo, se refirió a que: “[...] se han generado confusión y dudas sobre la prioridad para el Gobierno frente a este proyecto” (Redacción Revista Dinero, 2013o, párr. 3). Dada la contradicción en dicho mensaje de urgencia, fue que Juan Fernando Cristo le solicitó al presidente Santos Calderón que le dijera “[...] con claridad al país antes de la semana entrante si esta es una prioridad y pida al Congreso de la República agilizar su trámite” (Redacción Revista Dinero, 2013o, párr. 4).

El Congreso de la República tenía programado retomar el debate del proyecto de ley ordinario 210, pero fue aplazado para el 24 de septiembre de 2013 ya que existían dudas relacionadas con los criterios de exequibilidad de la ley estatutaria. Algunos congresistas consideraban que era necesario primero la aprobación de la estatutaria para poder iniciar los debates del proyecto de ley ordinario (Guzmán, 2013l). Al respecto, el senador liberal, Edgar Gómez Román, recomendó esperar el concepto de la corte constitucional con relación a la ley estatutaria, opinión que fue acompañada por los senadores Jorge Enrique Robledo, Luis Carlos Avellaneda, Luis Fernando Velasco y José Ignacio García (Guzmán, 2013l).

Las dificultades presentadas en el Congreso de la República se acompañaron de la voz de Fedesarrollo, en boca de Leonardo Villar Gómez, al mencionar que “[...] hay tantas preocupaciones que en la forma como está hoy la ley sería preferible que se hundiera. La reforma no resuelve los problemas fundamentales y sí podría generar otros” (Redacción

Revista Dinero, 2014d, párr. 8). También la Asociación Nacional de Instituciones Financieras, ANIF, a través de su presidente Sergio Clavijo Vergara, se refirió al tema: “No es fácil tramitar con tranquilidad y tiempo una reforma tan compleja e importante como la de la salud. Además, buena parte de las cosas que hay que hacer en el sector no requieren ley ni reforma” (Redacción Revista Dinero, 2014d, párr. 8).

Momento crítico: Se dilata el debate y la reforma no convence

Varios artículos contenidos en el proyecto de ley ordinario 210 eran los más polémicos, el 37 (gestores de servicios de salud pública), el 38 (integración vertical), el 44 (titulación de especialistas), el 52 (hospitales universitarios) y el 81(nombramiento de gerentes) (Redacción Revista Dinero, 2013s). Además, estos artículos generaban preocupación a muchos congresistas (Redacción Revista Dinero, 2013s). Ángela María Robledo Gómez, Representante a la Cámara, veía con dificultad el avance del debate del proyecto de ley 210 ya que “[...] la Unidad Nacional está con fracturas, dificultades, basadas en la baja popularidad que tiene el presidente, quien ya no tiene las mismas condiciones de maniobrabilidad” (Redacción Revista Dinero, 2013r, párr. 3). Robledo Gómez mencionó: “[...] me preocupa no solo lo que vaya a pasar en Senado, sino que nosotros no vamos a alcanzar a hacer el debate y la deliberación de la Reforma en la Cámara de Representantes” (Redacción Revista Dinero, 2013r, párr. 4). Por otra parte, los trabajadores del sector público de la salud e instituciones prestadoras de este servicio plantearon suspender servicios por que el proyecto de ley 210 proponía la creación de una figura jurídica conocida como “servidores de la salud” (Redacción Revista Dinero, 2013p). Para los trabajadores de este sector, este cambio era visto como una forma en la cual sus ingresos se podrían ver afectados (Redacción Revista Dinero, 2013p).

Por su parte Esteban Bustamante Estrada, miembro de la Federación Gremial de Trabajadores de la Salud (FEDSALUD), consideró frente a este punto que “[...] no compartimos las pseudo-vinculaciones a través de plantas de cargos temporales con salarios denigrantes ni la figura de ‘servidores de la salud’, propuesta por el gobierno, cuya inestabilidad laboral es su principal característica” (Redacción Revista Dinero, 2013p, párr. 13). El ministro Gaviria Uribe, ante la inconformidad por parte del sector de trabajadores del sector público de la salud y la inminente suspensión de sus servicios cambió ese apartado de la ley ordinaria. Gaviria Uribe mencionó: “[...] Hemos accedido a tener una conversación civilizada para que el tema de la formalización salga bien, lo tenemos que hacer con orden; accedimos a quitar de la reforma a la salud el capítulo del régimen laboral de la ESE y vamos a pedir, dentro del mismo Proyecto de Ley, facultades especiales para hacer una buena formalización” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013w, párr. 8).

Uno de los momentos más polémicos ocurridos en la legislatura de 2013, que ocurrió en el Congreso de la República y que afectó el desarrollo del proyecto de ley 210, fue el concepto del Consejo de Estado frente a las primas de salud. El Consejo de Estado anuló el artículo 4 del Decreto 801 de 1992 donde se contemplaba una prima de salud, equivalente al 10% del salario de los congresistas (Jurídico, 2013). Esta decisión produjo una disminución de casi 8 millones de pesos en el salario de los congresistas, por lo que estos iniciaron plan tortuga mediante la inasistencia a las sesiones en el Congreso de la República (Redacción Revista Dinero, 2013r). Ante la decisión del Consejo de Estado, el presidente Juan Manuel Santos Calderón autorizó, mediante decreto, una prima especial de servicios por un monto de 7.898.445 millones pesos para cada congresista (Redacción Revista Dinero, 2013q) y pidió

que se agilizará el trámite del proyecto de ley ordinario 210 (Redacción Revista Dinero, 2013r).

La ley ordinaria 210 de 2013 es aprobada en el senado y las movilizaciones no dan espera

El 16 de octubre de 2013, gran parte del articulado del proyecto de ley ordinario 210 fue aprobado por mayoría en el Senado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013g). La ley ordinaria pasó la prueba con 44 votos a favor y 13 en contra, ante lo cual el ministro Gaviria Uribe agradeció “[...] a la plenaria, a la mesa directiva y al presidente del Senado por este arduo trabajo. Dimos un debate responsable y de frente a la nación con este proyecto que mejorará la salud de los colombianos”(Redacción Revista Dinero, 2013t, párr. 2).

Se aprobaron los principales 4 puntos:

- Salud-Mía
- Mi-Plan
- Gestores de Servicios de Salud
- Prestación de Servicios

Los tres primeros puntos fueron explicados previamente en este documento. Con respecto al último punto, Prestación de Servicios, continuaba la figura de la integración vertical para niveles básicos de atención. En este punto también se contempló la formación y titulación de especialistas por los hospitales universitarios. El elemento sobre el que se apoyaba este punto era la problemática existente de la escases de citas con especialistas (Muñoz, 2013e). También la aprobación de la reforma implicó que, a partir de ese momento, los gerentes y directores de las Empresas Sociales del Estado, ESE, serían elegidos por libre nombramiento

y remoción por parte de alcaldes y gobernadores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013ad). La formación y titulación de especialistas por hospitales universitarios, fue uno de los puntos más polémicos contemplados por este proyecto de ley. El Ministerio de Salud y Protección Social ya contemplaba reformar el sistema de especialidades médicas, tal como lo mencionó el médico Fernando Ruiz Gómez, Viceministro de Salud y Prestación de Servicios, en el XIX Congreso Institucional de Investigaciones organizado por la Universidad El Bosque (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013ac).

Ruiz Gómez mencionó que “Los retos que tenemos en cuanto al talento humano en salud se resumen en crecer en disponibilidad de especialistas; crecimiento de competencias laborales del médico general y mayor disponibilidad de especialistas médicos” además de que “[...] el Gobierno debe tener una política agresiva para la formación de especialistas médicos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013ac, párr. 1). Para el viceministro Ruiz Gómez “[...] la propuesta de hospitales universitarios coexistirá con el modelo actual de formación de especialistas liderado por las universidades, incentivará la calidad de los escenarios de formación; dinamizará la oferta de especialistas; generará un impacto de equidad al inducir la reducción del costo de las matrículas y generará un incentivo real para la creación de hospitales universitarios, entre otras” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013o, párr. 4).

La entrada de los hospitales en el mercado competitivo de formación de especialistas no fue un aspecto que apoyara la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, entidad que consideró que ese cambio degradaba las facultades profesionales de los médicos (Rodríguez, 2013e). De hecho, ASCOFAME manifestó que “[...] no estamos en controversia con los hospitales, son nuestros aliados naturales en la formación de talento humano en salud,

pero es la unión lo que nos hace fuertes y no la disociación que históricamente ha propiciado este modelo de aseguramiento. El modelo de docencia-servicio que propició la Ley 100/93 y la Ley 30/92 es perverso y atenta contra la calidad de la educación médica” (Rodríguez, 2013e, párr. 5).

Para el ministro Gaviria Uribe “[...] Salud-Mía enmendará errores históricos en materia de afiliación” y aclaró que “[...] no es una gran EPS pública” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013g, párr. 4). El Ministerio de Salud y Protección Social consideró, que la reforma fue lo suficientemente socializada con diferentes actores y que este proyecto resuelve problemáticas del sector mediante Salud Mía, Mi Plan, Gestores de Servicios de Salud y Prestación de Servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013p).

Norman Julio Muñoz, Viceministro de Protección Social, refirió que los críticos de la transformación de las EPS en Gestoras “[...] no han leído la reforma. Los Gestores serán los guías de los usuarios en el nuevo sistema porque debe haber una conexión entre los recursos y la gente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013p, párr. 9). Esa última afirmación realizada por Muñoz fue acompañada por las palabras del ministro Gaviria Uribe al mencionar que “[...] aún no se ha entendido la reforma, un aspecto importante en el tema financiero, es que ayudará a resolver la crisis económica que atraviesa el sector y tiene instrumentos que permiten pagar deudas cuantiosas que tiene el sistema con los hospitales públicos y privados”. “Asimismo, mejora las condiciones de los trabajadores de la salud, amplía el cupo para los especialistas, les vamos a pagar a los residentes y vamos a formalizar a decenas de miles de trabajadores de la salud en todo el país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013y, párr. 2).

Otra fue la percepción de la reforma por parte del Senador del Polo Democrático Alternativo, Jorge Enrique Robledo, al referir que “[...] ese discurso de la eficiencia privada de los banqueros ya no nos lo creemos” y “[...] nos van a doblar la dosis de la tercerización, ahora nos dicen que ese fondo se regirá por las normas del derecho privado, después de que todo nos ha demostrado que la corrupción es peor en ese sector” (Redacción Revista Dinero, 2013t, párr. 7). Para Robledo “[...] la salud se va politizar” dado que los gerentes de los hospitales serían nombrados por alcaldes y gobernadores (Redacción Revista Dinero, 2013t, párr. 13).

Arias Ramírez, ACEMI, consideró que la reforma aprobada por el senado generaba que las aseguradoras queden “[...] diezgadas y debilitadas” (Redacción Revista Dinero, 2013u, párr. 4). Para ACEMI esta reforma quería acabar con las EPS “[...] y creo que lo lograron, porque al pasar de EPS a gestoras, su situación va a ser más precaria, porque las condiciones de aseguradoras sociales en salud siguen siendo muy difíciles”(Redacción Revista Dinero, 2013u, párr. 4). Por su parte, el senador del Partido Liberal Horacio Serpa Uribe planteó que esta reforma no debería “[...] tramitarse a la ligera y menos expedirse en el último año de la legislatura y del cuatrienio gubernamental” por ser un proyecto fundamental. Además que las organizaciones médicas “[...] no han sido escuchadas plenamente” (Valdés, 2013, párr. 1).

El clima generado por la aprobación en el Senado de la República de esta reforma, impulsó a la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI, a convocar una protesta (Redacción Revista Dinero, 2013v). Igualmente múltiples asociaciones médicas convocaron marchas para el 29 de octubre de 2013 y lanzaron la amenaza de un paro de servicios desde el 30 de ese mes (Espectador, 2013). Este momento

histórico, que involucra a las organizaciones médicas, será abordado con mayor profundidad en el próximo capítulo de este trabajo.

Todos contra la reforma: El debate en la Cámara de Representantes se congela

La Comisión Séptima de la Cámara de Representantes inicia las Audiencias Públicas con el Ministerio de Salud y Protección Social además de actores regionales del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013r).

En ese momento, el ministro Gaviria Uribe veía con preocupación el futuro del proyecto de ley ordinario 210 y considera que algunos críticos de la reforma “[...] están diciendo mentiras sistemáticas para buscar réditos y los debates se están llenado de gran oportunismo político para buscar votos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013h, párr. 2). El ministro Gaviria Uribe identificó problemáticas en el planteamiento de la formalización laboral por parte de sindicatos del sector salud y grupos de especialistas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013h). Dadas las múltiples protestas ocurridas en contra de la reforma, dijo el ministro Gaviria Uribe que le “[...] preocupa que hay una campaña de desinformación diciendo cosas que no son ciertas, en relación con el proyecto de ley” (Guzmán, 2013m, párr. 1). Niega que exista un tope a los salarios médicos y manifiesta que “[...] no lo hemos contemplado” (Guzmán, 2013m, párr. 1).

Por su parte Samuel David Barbosa Ardila, de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil, explicó sus razones por las que los estudiantes marchan contra el proyecto de ley ordinario 210: “No queremos intermediación financiera, ni que con los recursos públicos se hagan monopolios privados, y no queremos un sistema donde las funciones se dicten en pro de la rentabilidad económica y no de la rentabilidad social y de la salud de una nación” (Redacción Revista Dinero, 2013w, párr. 4). En cuanto a los diálogos con los estudiantes, el ministro

Gaviria Uribe, refirió que “falta madurez”, al ver una actitud de “[...] enarbolar banderas y decir yo tumbe la Reforma a la Salud” (Redacción Revista Dinero, 2013x, párr. 4).

La protesta por parte de distintos sectores torpedea el avance de la reforma en la Cámara de Representantes, especialmente ante la presencia del riesgo que corre la reforma frente al año electoral que se avecina (Redacción Revista Dinero, 2013y). Especialmente cuando el presidente Juan Manuel Santos Calderón plantea su reelección (Redacción Revista Dinero, 2013y). Pese a las dificultades, el Ministerio de Salud y Protección Social esperaba que la Comisión Séptima de la Cámara aprobara el proyecto de ley ordinario 210 antes de diciembre para retomarlo en el congreso en marzo y junio de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013x).

Por su parte el ministro Gaviria Uribe llega a un acuerdo con el sector académico universitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). Este acuerdo, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional y representantes de la Asociación de Facultades de Medicina, consistió en fortalecer la oferta y el acceso a las especialidades médicas de país. El acuerdo menciona la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas, en contra posición del artículo del proyecto de ley ordinario que buscaba facultar a los hospitales universitarios para formar especialistas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). Aunque se desarrolló un acuerdo para la eliminación del artículo del proyecto de ley 210 que involucraba la formación de especialistas en los hospitales universitarios, la incertidumbre por el futuro de este proyecto seguía presente por parte del ministro Gaviria Uribe. En Audiencias Públicas manifestó que “[...] el consenso ha cambiado de tumbar la reforma a mejorarla” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013j, párr. 1).

En un Foro sobre la reforma en la Universidad de los Andes, el ministro Gaviria Uribe manifestó que “[...] entre todos tenemos que ser capaces de reformar el sistema. Cada vez se encuentra un pero de cualquier agente y estamos cayendo en la esquizofrenia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013q, párr. 2).

Las críticas continuaron, por ejemplo la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas consideraba que este proyecto de ley “[...] fortalece el modelo de aseguramiento individual vigente, mantiene los incentivos perversos que han hecho de la salud un negocio y no se ocupa de enfrentar los graves problemas de acceso, oportunidad, suficiencia y calidad del servicio para la población enferma” (Redacción El Pulso, 2013d, párr. 4). Finalmente el proyecto de ley 210 no logró un acuerdo entre los 18 integrantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes por lo que no logró aprobarse en esa legislatura que terminó el 16 de diciembre de 2013 (Redacción El Pulso, 2014). El ministro Gaviria Uribe mencionó que los integrantes de la comisión “[...] querían tomar un poco más de tiempo, porque es un tema complejo y la coyuntura electoral no es fácil” (Redacción El Pulso, 2014, párr. 2). El Senador Liberal, Juan Manuel Galán, propuso que este proyecto fuera retomado por el nuevo Congreso de la República que se posesionará el 20 de julio de 2014 (Redacción El Pulso, 2014). Arias Ramírez, de ACEMI, se refirió a lo sucedido: “La reforma hay que aplazarla por lo menos 6 meses o un año, enfriar los ánimos, hacer un análisis sereno y tranquilo de lo que realmente necesita el país” (Redacción El Pulso, 2014, párr. 3).

Llega el 2014: La Corte Constitucional ratifica la Estatutaria y la Cámara de Representantes hunde la Ordinaria

El proyecto de ley ordinario 210 inició el año 2014 congelado y el Ministerio de Salud y Protección Social esperaba el concepto por parte de la Corte Constitucional con respecto a la

exequibilidad del proyecto de ley estatutario. Por su parte, el ministro Gaviria Uribe, reiteró que “[...] no le corresponde hacer juicios de constitucionalidad, esa es una labor de la Corte Constitucional. Cuando hay asuntos de trámite, la defensa le corresponde a la Secretaría del Senado”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a, s.p). El Ministerio de Salud y Protección Social reiteró la invitación a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes para retomar el debate con respecto al proyecto de ley ordinario 210 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). Incluso el ministro Gaviria Uribe planteó “[...] tener una reforma más simplificada, que se centré en los aspectos esenciales y no en los adjetivos" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, párr. 2). El Ministerio de Salud quería, a pesar de las dificultades, lograr convencer a la Cámara de Representantes para que aprobara el proyecto de ley ordinario 210, esto disminuyendo el articulado a su máxima expresión (Arboleda, 2014). Por otra parte, la representante Gloria Stella Díaz Ortiz, del Movimiento MIRA, solicitó archivar el proyecto de ley 210, a lo que se sumaron las ponencias negativas de Marta Cecilia Ramírez Orrego (Partido Conservador), Alba Luz Pinilla Pedraza (Polo Democrático Alternativo), Ángela María Robledo Gómez (Alianza Verde) y Juan Valdés Barcha (Alianza Social Independiente) (Arboleda, 2014).

El 29 de mayo de 2014 la Corte Constitucional declaró exequible el proyecto de ley 209/13 Senado y 267/13 Cámara, que proponía la Ley Estatutaria en Salud (Guzmán, 2014a). La Corte Constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 2014) es clara en afirmar que la exequibilidad es con condicionamientos al afirmar que “La salud es un derecho que no puede ser sometido para su efectividad a condicionamientos de tipo económico” (Guzmán, 2014a, párr. 2). El fallo constitucional es considerado por el ministro Gaviria Uribe como “histórico”

y que “[...] lo más importante es que logramos consagrar la salud como un derecho fundamental” (Guzmán, 2014a, párr. 1).

Para Arias Ramírez, de ACEMI, esta aprobación representaba “[...] mayores garantías para los pacientes, pero también la causa de un desangre de los recursos públicos, hay que estimar todas las modulaciones de la Corte en su proyección financiera, cuánto van a costar y quién las va a pagar”(Guzmán, 2014b, párr. 1). Finalmente, en junio de 2014 la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes hundió el proyecto de ley 210. Ante la ausencia de ponencias a favor del proyecto, la cámara no siguió con el tema (Redacción Revista Dinero, 2014). Varios miembros afirmaron que el tiempo para la discusión de esta reforma no era adecuado (Redacción Revista Dinero, 2014). Aunque el Gobierno Santos Calderón planteó continuar con el proyecto de ley ordinario en el segundo semestre de 2014 (Redacción Revista Dinero, 2014b), el ministro Gaviria Uribe en entrevista con la Revista Dinero afirmó que:

“[...] puedo dar mi opinión al respecto, todavía no consultada con el presidente. No creo que se necesite una nueva reforma legal. Se han aprobado tres leyes en los últimos años. Hemos tenido algunos logros importantes: la cobertura universal, la ampliación del POS, la regulación de precios de medicamentos, la estabilización financiera, etc. Tenemos que seguir en una dinámica de mejoría continua. Una gran reforma sería una distracción. Solo serviría para polarizar la discusión y crear más incertidumbre” (Redacción Revista Dinero, 2014c, párr. 13). El ministro Gaviria Uribe en entrevista con la revista Dinero mencionó frente a la pregunta ¿Cuál fue la mayor traba en el Congreso para aprobar el proyecto? que “Las reformas a la salud siempre serán complejas. Por dos razones: la confluencia de intereses dispares y la gran polarización ideológica. La enseñanza que nos quedó del proceso de la ley

ordinaria es que las reformas deben ser más enfocadas, ojalá centradas en aspectos puntuales”
(Redacción Revista Dinero, 2014c, párr. 15).

CAPÍTULO III

LOS MÉDICOS SE ORGANIZAN: UNA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA CONSTRUIR UNA VISIÓN DE LOS SUCESOS

Este capítulo busca explicar los eventos ocurridos en el periodo temporal estudiado, 2012 a 2014, a través del análisis de los fundamentos teóricos que rigen esta investigación. De allí que se analizaran los sucesos mediante los autores de referencias ya mencionados en el marco teórico.

Los sucesos ocurridos en el año 2013 fueron cruciales con respecto al trabajo conjunto de las diferentes organizaciones médicas, las cuales, al observar el desarrollo de dos proyectos de ley, uno estatutario y uno ordinario, liderados por el gobierno de Juan Manuel Santos Calderón, veían con preocupación un desenlace que afectaría sus condiciones habituales de trabajo²⁵.

A continuación, expondré la visión del proyecto de ley ordinaria 210 de 2013 por parte de las principales organizaciones médicas, agrupadas en la Gran Junta Médica Nacional, y la consecuente puesta en acción de estas organizaciones para frenar este proyecto. Además, ubicaremos los sucesos dentro de una “caja de herramientas teórica” que permita analizarlos.

El campo de Salud: Un escenario de luchas por el poder

El primer paso para el análisis de nuestro caso es definir la salud como un campo social, utilizando este concepto de Bourdieu, ya que el mismo será concebido como un espacio

²⁵ El proyecto de ley ordinaria 210 en el Capítulo VIII. Disposiciones de las Empresas Sociales del Estado, específicamente en el artículo 51, proponía una nueva clasificación de los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado (ESE). Esa figura era la de “Servidores de la Salud”, la cual generó inconformidad por parte de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI). Esta asociación fue una de las convocantes a marchar en contra de esta propuesta de ley.

donde existe una correlación de fuerzas entre los agentes, los cuales luchan por el poder dentro del campo. Tal y como lo describe Mario Esteban Hernández Álvarez (Hernández Álvarez, 2003, p. 231), los agentes compiten por el capital simbólico y material, y luchan para apropiarse del mismo.

Para nuestro caso los agentes dentro del campo de salud son todas aquellas instituciones inmersas dentro del sistema de salud colombiano²⁶. Estas instituciones son abundantes dentro del actual sistema de salud ya que este involucraría al mismo Estado colombiano, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), a la Superintendencia Nacional de Salud, a las diferentes organizaciones médicas, de usuarios, de pacientes y a miembros de la sociedad que tengan intereses en dicho campo. También participan en el campo de la salud la misma industria farmacéutica, las empresas cuyos servicios derivan en la conservación de la salud y demás organizaciones profesionales que intervienen en el sistema de salud colombiano como enfermeras, fisioterapeutas, tecnólogos, etc. “Lo que está en juego es tan importante para las sociedades, que habitualmente en el campo de la salud se involucran todos los actores sociopolíticos que la constituyen” (Hernández Álvarez, 2003, p. 231).

A nuestro estudio de caso es necesario agregar otro concepto complementario a la teoría del campo y es el de actor sociopolítico. Tal como mencioné anteriormente, dentro del campo de la salud luchan los agentes o instituciones por el poder, algunas instituciones pueden comportarse como actores sociopolíticos. Este concepto trabajado por Susana Belmartino y Carlos Bloch (Belmartino & Bloch, 1994, p. 369) plantea que las instituciones adquieren la

²⁶ En el capítulo II de esta investigación existe un apartado donde se expone el funcionamiento del sistema de salud colombiano y además se describen los principales actores del sistema de salud.

categoría de actor sociopolítico cuando “se identifican con un proyecto político de reformulación de las relaciones sociales en el que se inserta o, por el contrario, cuando defiende [la] reproducción [de dichas relaciones] cuando [estas] se encuentran amenazadas por el cambio. Las instituciones son reconocidas como actores [sociopolíticos] cuando sus miembros [léase individuos] comparten una identidad, se reconocen como parcialidad en un campo de negociación política, manifiestan una particular percepción de lo bueno, lo justo, lo adecuado, lo conveniente, en relación con el conjunto de relaciones sociales por las que se sienten afectados” (Belmartino & Bloch, 1994, p. 369).

Vamos a analizar el campo de la salud como un escenario de luchas, donde los médicos están organizados como actores sociopolíticos, interesados en tener el poder del campo. Para lograr este tipo de análisis recurro a la propuesta de Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1995, p.69) donde es necesario identificar tres momentos: El primer momento corresponde a la posición del campo de salud frente al poder. Luego estructurar las posiciones ocupadas por los agentes que luchan dentro del campo. Finalmente analizar los *habitus* de los agentes que participan (Bourdieu & Wacquant, 1995, p.70).

Un trabajo publicado por Victoria E. González C. (González, 2012) sobre la construcción de identidades en el campo médico, desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu, y la revisión del documento de Bourdieu con Wacquant (Bourdieu & Wacquant, 1995) fueron tomados como guía para el desarrollo de la teoría Bourdieana en nuestro ejemplo.

El campo de la salud frente al poder: Identificando un objeto de estudio

El primer momento, en el cual se relaciona el campo de la salud frente al poder, implica que el sistema de salud colombiano se desarrolla dentro del campo de la salud. Dentro del campo de la salud se encuentran diferentes agentes que luchan por el control y para la acumulación

del capital simbólico²⁷ y material²⁸ dentro del mismo. Ya explicamos que tomaremos las organizaciones médicas como agentes a estudiar. Estas organizaciones son múltiples y no representan un único gremio unificado. Ante la dificultad para la realización de este análisis, es que se toma por objeto de estudio para este caso el papel de la Gran Junta Médica Nacional.

La Gran Junta Médica Nacional, en palabras del médico Juan Mendoza Vega²⁹, Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina, surgió “[...] como respuesta a la situación [las propuestas de proyectos de ley ordinario y estatutario de salud] y para tratar de evitar que las protestas del cuerpo médico [...] se volvieron radicales del tipo suspensión del trabajo. La academia [Academia Nacional de Medicina] consideró interesante llamar a las cabezas de las principales organizaciones médicas de Colombia: La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, que agrupa 50 y pico de asociaciones de especialistas; ASMEDAS que fue un sindicato médico que mantiene todavía mucha fuerza en ciertos círculos médicos; la Federación Médica Colombiana [...]; la Asociación de Facultades de Medicina [ASCOFAME] y más tarde las Asociaciones Médicas Estudiantiles [Asociación Nacional de Internos y Residentes] y los llamamos y les propusimos que nos sentáramos todos a la mesa, que conversáramos entre nosotros y que en cambio de la sola protesta presentáramos proyectos de solución. Esa fue la labor de la Gran Junta Médica, ese fue el sentido de esa reunión de cabezas de las asociaciones médicas importantes, para tratar de sacar al cuerpo

²⁷ El capital simbólico es un concepto introducido por Bourdieu, en el cual se refiere a elementos como la autoridad, el crédito, el prestigio o la fama. En este caso, tal y como lo describe en la entrevista que realicé al ministro de salud Alejandro Gaviria "enarbolar banderas y decir yo tumbé la Reforma a la Salud".

²⁸ Todos aquellos recursos materiales como el económico, por ejemplo, que les permitan detentar poder en el campo. Igualmente, el capital social, aquel referido a la capacidad de movilizar redes sociales conformadas en un país, como fue nuestro caso de estudio.

²⁹ Juan Mendoza Vega, médico especializado en neurocirugía. Fue director de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente y Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina y luego su presidente. Además, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. También se desempeñó como columnista del periódico El Espectador. Durante la realización de esta tesis, el médico Juan Mendoza Vega falleció el 07 de octubre de 2017.

médico de la presión que los estaba llevando hacia una protesta violenta y, en cambio, hacer que el cuerpo médico propusiera algo creativo, algo constructivo” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Llama la atención lo mencionado por Mendoza Vega al consolidar la Gran Junta Médica Nacional como una oportunidad para presentar “proyectos de solución” cuando existió por parte de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA) una propuesta que planteaba la creación de un “Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud” (Salud, 2013). Este proyecto de ley planteaba la eliminación de los intermediarios financieros, entre ellos las EPS y prohibía la integración vertical que aún era preservada en el proyecto presentado por el gobierno.

La ANSA fue el resultado del trabajo conjunto de diversas organizaciones sindicales, sociales, científicas y defensoras del derecho a la salud. Nunca se consolidaron como una organización con personería jurídica, pero representaban una mirada distinta para solucionar la crisis en el sector salud. El proyecto presentado por esta organización fue finalmente descartado durante los debates realizados en el Congreso.

La Gran Junta Médica Nacional reunió a la Academia Nacional de Medicina³⁰, Federación Médica Colombiana³¹, el Colegio Médico Colombiano³², la Asociación Colombiana de

³⁰ La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá había nacido en 1873, pero se transformó en Academia Nacional de Medicina por la ley 71 de 1890, conformándose como una organización asesora del gobierno nacional en temas de salud, por la ley 02 de 1979. Es la institución médica más antigua que aún está en ejercicio (Medicina, n.d.).

³¹ Esta organización médica nació en 1934 como la Asociación Gremial Médica (Colombiana, n.d.). Cumple una función más de tipo gremial, es decir, ha sido una organización enfocada en la articulación de los médicos a través de esta y fue una de las principales organizaciones que convocó a la marcha de octubre de 2013.

³² El Colegio Médico Colombiano nació en 2003 y es la organización encargada de inscribir a los profesionales al Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Expide las tarjetas profesionales y los permisos transitorios del personal de salud extranjero en el país que asiste a misiones científicas o asistenciales de carácter humanitario (Colombiano, n.d.).

Sociedades Científicas³³, la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS)³⁴ y la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR)³⁵. Por ser una organización que agrupaba a las principales organizaciones médicas del país fue que consideré tomarla como objeto de estudio, y así, analizar el rol de los médicos en el ejercicio de su influencia en la toma de decisiones en relación con las reformas sanitarias en Colombia. Este análisis partió de un estudio de caso, los médicos frente al hundimiento del proyecto de ley 210 de 2013, que pretendía reformar el sistema de salud colombiano. La elección de esta organización se nutre de apreciaciones de varios actores entrevistados en el desarrollo de esta investigación.

Por ejemplo, Marcela Vélez³⁶, autora del libro “La Salud en Colombia” (Vélez, 2016) refirió que “[...] era más claro que el ministro, por ejemplo, prefería reunirse con la gente de la Gran Junta Médica [...], prefieren reunirse con la Academia Nacional de Medicina, ellos prefieren reunirse con los de la Federación, es decir, a ese nivel, a nivel de Bogotá, probablemente esas organizaciones tienen un poco más de capacidad de comunicación con el gobierno de la que tenemos los que estamos en la provincia [Medellín]” (M. Vélez, comunicación telefónica, 27 de junio de 2017).

³³ Esta organización surgió en 1956 y reúne las principales asociaciones médicas de especialistas en el país. Cumple una función principalmente de índole académica, ya que estas asociaciones de especialistas se dedican principalmente al desarrollo de actividades como congresos y eventos de este tipo (Científicas, n.d.).

³⁴ ASMEDAS surgió en 1958 y cumple una función de tipo sindical. Principalmente está enfocada en la defensa de los derechos laborales, sociales y económicos de los médicos (Asociación Médica Sindical Colombiana, n.d.).

³⁵ La ANIR nació en 1962 y es una organización que agrupa principalmente a estudiantes de medicina, específicamente aquellos en el pregrado a nivel de internado y en postgrado a nivel de las residencias médicas. Siempre ha sido una organización liderada por estudiantes y se ha enfocado en promover la defensa de las condiciones de trabajo de los residentes médicos y la mejoría del Servicio Social Obligatorio o año rural (Asociación Nacional De Internos Y Residentes, n.d.).

³⁶ Claudia Marcela Vélez es médico con Maestría en Ciencias Clínicas de la Universidad de Antioquia. Actualmente cursa un Doctorado en Health Policy en la Universidad de McMaster. Es autora del libro “La Salud en Colombia” donde analiza el sistema de salud colombiano. Estuvo vinculada a la Universidad de Antioquia cuando ocurrieron las protestas por parte de los estudiantes de medicina y residentes médicos frente al proyecto de ley 210 de 2013 y participó en las marchas organizadas en la ciudad de Medellín.

La profesora Vélez expone una problemática usual relacionada con las organizaciones médicas y es la centralización de estas. En general las principales organizaciones médicas se encuentran en la ciudad de Bogotá y el contacto por parte de ciudades intermedias es escaso. De ahí que en muchas ocasiones las decisiones tomadas no representan los intereses del sector médico colombiano.

Por su parte el ex Viceministro de Salud Pública, Fernando Ruiz Gómez³⁷, se refirió a esta organización (Gran Junta Médica Nacional) con respecto al desarrollo de la ley estatutaria como un “[...] proyecto de ley más ligado a los médicos, incluso tiene una parte de origen en los propios médicos, se llama, se llamaba en su momento, la Gran Junta Médica, estaba sentada la Academia de Medicina, la Sociedad Colombiana de Sociedades Científicas, el Colegio Médico, cerca de 8 actores, estaban sentados allí, todos representando a los médicos y profesionales de la salud” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Por otra parte, aunque la Gran Junta Médica reúne varias organizaciones, para Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social, también es importante analizar qué tipo de organizaciones la integran. El ministro Gaviria Uribe manifestó que “[...] hubo este otro intento que se llama la Gran Junta Médica, que tuvo algún peso donde se juntaron todas, en la ley estatutaria jugó un papel importante, pero depende mucho de quienes están y la conformación” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

³⁷ Fernando Ruiz Gómez es médico con Maestría en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana y en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Además, cursó un Doctorado en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Fue el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social. Renunció a su cargo en el ministerio el 15 de septiembre de 2016 para convertirse en el director científico del Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer, de Luis Carlos Sarmiento Angulo.

De esta manera, al identificar el campo de la salud, en el cual se encuentra el sistema de salud colombiano, podemos observar las diferentes condiciones políticas, socioeconómicas y culturales en las que las organizaciones médicas se encuentran (González, 2012, p. 343). Estas condiciones políticas hacen referencia a las reformas que ha vivido el sistema de salud colombiano que afectan el quehacer médico, ocasionando una inadecuada distribución de los médicos en el mercado laboral y comprometiendo la formación académica de la medicina (González, 2012, p. 343). Las condiciones socio económicas representan en este campo el compromiso financiero del ejercicio médico dado por la alteración de las condiciones laborales de los mismos, resultado del tipo de contratación y la modalidad de vinculación laboral (González, 2012, p. 345). Finalmente, las condiciones culturales son la estructura del sistema de salud en donde se evidencia un modelo de libre competencia, con un enfoque economicista, que afecta el ejercicio de la profesión médica (González, 2012, p. 343).

Las distintas condiciones en las cuales se desenvuelven las organizaciones médicas mencionadas en el texto de Victoria E. González C. (González, 2012) son el reflejo de la implementación de una serie de transformaciones que ha vivido Colombia con la introducción del modelo neoliberal (Hernández Álvarez, 2003b). La llegada de estos modelos a Latinoamérica en el sector salud se inició con la modificación del sistema de salud chileno en cabeza del gobierno de Augusto Pinochet (Hernández Álvarez, 2003b, p. 348). El objetivo era claro, consistía en que “quien pudiera pagar por los servicios de salud pagara” (Hernández Álvarez, 2003b, p. 348). La transformación implementada en el sector salud chileno consistió en el desmonte del Servicio Único de Salud y así permitir la participación de los intereses del sector privado en el aseguramiento de la población (Hernández Álvarez, 2003b, p. 348).

Colombia no fue la excepción a un proceso de reforma estructural que no solo afectó al sector salud, sino que además provenía de una serie de recomendaciones ofrecidas por organismos internacionales que estaban expandiendo sus propuestas en Latinoamérica. Inicialmente el giro es desde un Sistema Nacional de Salud con un Estado interventor hacia un sistema de aseguramiento universal propuesto por el modelo de Estado neoliberal (Vega-Vargas, Eslava-Castañeda, Arrubla-Sánchez, & Hernández-Álvarez, 2012, p. 60). Entonces vale la pena preguntarse ¿Cuál fue el fundamento de estas transformaciones? Según el profesor Mario Hernández Álvarez existen dos fundamentos de este modelo neoliberal en salud y son: la teoría de los derechos humanos en filosofía moral y el aporte de la teoría neoclásica en economía (Hernández Álvarez, 2003b, p. 348).

El primer fundamento se nutre en la concepción de que un Estado mínimo es garantía para el desarrollo de los derechos humanos. Estos derechos, observados desde la visión de John Locke, son: la vida, la libertad y la propiedad. Basado en estos planteamientos de Locke es que Robert Nozick³⁸ (Hernández Álvarez, 2003b, p. 348) argumenta que los derechos sociales no existen y de ahí que un Estado neoliberal no tendría por qué garantizarlos. La lógica de este planteamiento reside en que si un derecho social como la salud no es un derecho natural entonces la gente debe pagar por ello y justificaría la existencia de un modelo de aseguramiento. Ahora bien, la salud se transforma en un gasto para un Estado neoliberal y no en una inversión para el desarrollo como era para el Estado de bienestar.

De allí que la función estatal reside en la protección de esos derechos a través de un aparato de justicia y de seguridad (Hernández Álvarez, 2003b, p. 349). El segundo fundamento

³⁸ Profesor de filosofía de la Universidad de Harvard además autor del libro *Anarchy, State and Utopia* (Nozick, 1974)

consiste precisamente en la concepción del aumento del gasto en salud y la “imposibilidad” por parte de los Estados en asumir el costo, de allí el planteamiento reformista impulsado por el Banco Mundial³⁹ para reestructurar la financiación de los servicios sociales (Hernández Álvarez, 2003b, p. 350); (Banco Mundial, 1987, pp. 1-9).

Estas transformaciones ocurridas en las condiciones políticas, socioeconómicas y culturales en las que las organizaciones médicas han trabajado se adelantaron durante el gobierno de Cesar Gaviria Trujillo (1990-1994) quien con la “apertura económica” y el desarrollo de una nueva constitución política aceleró la implementación de recomendaciones realizadas por el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y el Foro Económico Mundial para el rediseño del modelo de aseguramiento nacional y dando como resultado el actual sistema de salud en Colombia (Vega-Vargas et al., 2012).

Por lo mencionado anteriormente, es que podemos considerar que el campo de la salud asume un rol de sometimiento frente al poder. Es decir, nuestro campo de estudio usualmente se ve controlado por los factores políticos, socio-económicos y culturales de otros campos⁴⁰.

Posiciones ocupadas por los agentes dentro del campo de la salud y *habitus*

Este segundo momento planteado por Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1995, p. 70) consiste en el desarrollo de la estructura de posiciones de los agentes en el campo de la salud, y que según la posición ocupada generará las respectivas relaciones de luchas por el poder. Para

³⁹ Las recomendaciones ofrecidas por parte del Banco Mundial como parte de una agenda reformista eran el resultado de su investigación sobre los problemas financieros en los sistemas de salud (Banco Mundial, 1987, pp. 1-9): El gasto público es insuficiente para asumir los costos sociales, la entrega de servicios sociales por parte del Estado es ineficiente, desigualdad en distribución de beneficios y subsidios y la imposibilidad de aumentar el gasto público en salud por el déficit fiscal.

⁴⁰ De hecho, muchas de las problemáticas del sector salud no dependen de este sector. Por ejemplo, la calidad del agua, la ausencia de vías que comuniquen municipios con los principales centros de atención médica y la asignación de recursos al sector. Todos los ejemplos anteriores son decisiones que dependen de otros ministerios u organismos gubernamentales.

enfocar el análisis de nuestra investigación en torno a la influencia ejercida por los médicos en las reformas sanitarias de Colombia, es que debemos tomar como escenario las posiciones de las organizaciones médicas dentro del sistema de salud colombiano.

Por otra parte, los médicos a través de su experiencia en el campo de salud, para nuestro caso, inmersos en el sistema de salud colombiano, han adquirido un sistema de disposiciones en forma de *habitus*. Los médicos construyen unas estructuras mentales sobre la realidad que están basadas en el producto de la internalización de esa realidad que es vista “en consonancia con la red de estructuras objetivas entre las posiciones ocupadas por las instituciones y los agentes que conforman el espacio social del campo” (González, 2012, p. 344). Desde allí es que, mediante las entrevistas, la revisión de artículos de prensa y los comunicados oficiales emitidos por las organizaciones principales que los representan, podemos entender las disposiciones de los médicos frente a los distintos agentes del campo de la salud y al mismo sistema de salud colombiano.

La situación por analizar sería la siguiente: un agente que es el Estado colombiano que está representado en el gobierno de Juan Manuel Santos Calderón, contempla una reforma al sistema de salud. El sistema de salud colombiano es un espacio donde se encuentra el campo de la salud, es decir que el gobierno nacional plantea reformar este espacio donde se dan luchas por la acumulación del capital. Esta reforma contempla dos proyectos de ley: Uno de tipo estatutario (proyecto de ley 209 senado, 267 cámara) y otro de tipo ordinario (proyecto de ley 210).

Nuestro caso de estudio se enfoca en el proyecto de ley 210 ordinario, el cual replantea diferentes aspectos del funcionamiento del sistema de salud y las maniobras de las organizaciones médicas, agrupadas en la Gran Junta Médica Nacional, para impedir el avance

de este. Ya explicamos previamente las razones de la elección de la Gran Junta Médica Nacional, pero ¿Por qué los médicos no están agremiados en una sola entidad?

La anterior pregunta se les planteó a varios de los actores entrevistados, para conocer sus opiniones frente a este tema. Por ejemplo, Juan Mendoza Vega (Academia Nacional de Medicina) mencionó que “[...] infortunadamente en Colombia, el cuerpo médico ha sido un ejemplo de desunión y de individualismo extremo, claro que uno se explica porque, porque a los médicos nos forman para que resolvamos nosotros personalmente los problemas. A nosotros solo ahora, tal vez en las facultades se enseña a trabajar en equipo, y eso porque se ha vuelto necesario, pero a la gente formada antes de 1980, se la formaba con un individualismo tremendo. Uno no hacía junta médica sino cuando era absolutamente indispensable, lo demás se esperaba que uno lo solucionara uno solo y, entonces, cuando no se trató de problemas de unos enfermos sino de problemas de la salud como problema de la sociedad, estábamos y estamos reaccionando igual, con individualismo, cada uno piensa lo que le da la gana, cada uno propone lo que le da la gana, nadie busca al compañero o a los colegas para tratar de tener una idea o una respuesta conjunta. Entonces la gran junta médica trató de solucionar esa actitud, buscando que las cabezas se unieran y que luego esas cabezas llevaran a sus asociaciones estas ideas de respuesta conjunta del cuerpo médico” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). La escasa movilización por parte de las organizaciones médicas no es un suceso nuevo, tal como menciona el profesor Mendoza Vega sino que incluso existen investigaciones que corroboran que la participación por parte de este sector, por ejemplo en la implementación de la ley 100 de 1993, fue mínima a pesar de que algunos eran miembros de la comisión séptima del Senado (Uribe Gómez, 2007, p. 13).

Carolina Corcho⁴¹, ex presidente de la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), hablando frente a la división que existe entre las organizaciones médicas opinó que: “Los únicos gremios médicos [...] que participaron y participan de alguna manera activamente en los movimientos sociales de la salud son la ANIR y la Federación Médica. Los demás gremios médicos no participan de los movimientos sociales, se sienten algo distinto, nosotros somos los médicos, nosotros somos otra cosa, nosotros vamos a una lucha como médicos, nosotros no tenemos que ver con enfermeras, ni con movimiento social alguno; las únicas son la Federación y la ANIR, por su carácter progresista y también por los líderes, por los presidentes que ha tenido [...] eso ahí hay un asunto también de esa jerarquía médica” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017).

Por su parte, Fernando Ruiz Gómez, ex viceministro de salud pública, consideró que la Gran Junta Médica Nacional representó una oportunidad de unificación del servicio. Ruiz Gómez manifestó: “[...] yo creo que cuando incide la Academia de Medicina en juntar y formar la Gran Junta Médica, hace un reconocimiento de que los médicos estaban muy disgregados de los temas de salud y yo tengo una lectura que es un poco crítica de mis colegas, pero para mí es, puede ser cierta, y es que estuvieron durante mucho tiempo sin una participación muy directa en los periodos de reforma, y hablo desde el 93 [Ley 100 de 1993] hasta prácticamente el año 2012. Yo creo que la Gran Junta Médica tiene una fortaleza: yo estaba en el ministerio, en ese momento para mí [...] había que buscar que los médicos tuvieran una representación y me pareció que ese era un mecanismo muy idóneo; estaban prácticamente todos los de izquierda, la derecha; todos ellos y que, bajo el ámbito de la Academia de Medicina, se volvió

⁴¹ Carolina Corcho es médica de la Universidad de Antioquia con una especialización en Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia. Fue presidente de la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR). Ha sido una voz crítica permanente al sistema de salud colombiano y actualmente es miembro de la Federación Médica Colombiana.

un ámbito interesante para que hubiera discusión” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

¿Por qué una Marcha de las “Batas Blancas”?

La aprobación del proyecto de ley ordinario 210 en primer debate en el senado produjo una ola de rechazo por parte de las organizaciones médicas. La Gran Junta Médica Nacional envió una carta al entonces presidente del senado, Juan Fernando Cristo, donde manifestaba que no estaban de acuerdo con “[...] el contenido de dicho proyecto de Ley Ordinaria, pues en su esencia es contrario al logro de un cambio que colme la aspiración de todos los colombianos [...] transmitimos a usted y, por su digno conducto, a los demás miembros de tan alta corporación, nuestra posición frente a la propuesta gubernamental” (Gran Junta Médica Nacional, 2013).

Por su parte en comunicado a la opinión pública, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, expresó su rechazo a este proyecto de ley ordinaria “[...] porque va en contravía del derecho a la salud y profundiza la crisis del sistema” (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013b). Esta asociación, miembro de la Gran Junta Médica Nacional, se declaró “[...] como actor activo e interesado en la transformación de este sistema, en alerta ante la continuidad del trámite del proyecto en la Cámara de Representantes” (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013b).

Además, en comunicación expresa a todas las sociedades que son miembros de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, se invitó a “[...] rechazar, de manera unánime, el proyecto de ley ordinaria que hace tránsito en el Congreso de la República y exigir al Gobierno el retiro definitivo de esta iniciativa” (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013d). Esta organización consideró la necesidad de un proyecto de ley que

busque “[...] propender porque los resultados del sistema se midan en términos sanitarios y no económicos, y porque se eliminen la intermediación que no aporta valor y los estímulos perversos que llevan a sus actores a determinar la atención de la gente en términos monetarios, como hasta ahora” (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013d).

En las redes sociales, en diferentes perfiles de usuarios, comenzó a visualizarse la presencia de un listón negro que representaba que la salud se encontraba de luto por la aprobación del proyecto de ley ordinario en primer debate de la Comisión Séptima del Senado (Semana, 2013a).

Ilustración 4



Tomado de: <https://twitter.com/unidosporsalud>

Diferentes organizaciones médicas manifestaron su descontento por esta decisión del Senado, entre ellas los comunicados oficiales de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Gran Junta Médica Nacional y la Asociación Médica Sindical Colombiana [ASMEDAS] (Oficina de Comunicaciones, 2013a).

La Academia Nacional de Medicina, en palabras de Juan Mendoza Vega, consideraba este proyecto de ley ordinario “[...] como insuficiente y me explico por qué; la Academia Nacional de Medicina cree que toda la organización del sistema de salud en Colombia, desde la ley 100 de 1993, está profundamente equivocada, porque introdujo en el sistema de salud

un concepto que antes no había y que no debe haber y es el concepto del afán de lucro con los servicios de salud. La ley 100 de 1993, en mala hora nos trajo la idea de que la salud es: un conjunto de servicios que se venden y se compran y que los compra el que tiene con qué y el que no tiene con que no se menciona, para tratar de ocultar, un poco lo injusto de semejante actitud” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). Aunque la Academia Nacional de Medicina consideró la insuficiencia de este proyecto, es necesario aclarar que “[...] no hubo oposición por parte de la academia, que yo recuerde, simplemente procedió a pasar el asunto y se colaboró en lo que se pudo” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Existió un desacuerdo de las organizaciones médicas frente a lo propuesto por parte del gobierno nacional. Menciones por parte de los entrevistados como la necesidad de “medir resultados en términos sanitarios y no económicos”(Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013d) además la “insuficiencia” y “el concepto del afán de lucro con los servicios de salud” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017) de esta reforma reflejan la interpretación por parte de representantes de las mismas que el enfoque principal dado a dicha reforma por el gobierno nacional giraba hacia la resolución de problemas financieros en el sector. Precisamente allí reside la insistencia por parte del Ministerio de Salud y la Protección Social en que el proyecto de ley ordinario 210 se desarrollara primero y pudiese guiar el estatutario. La visión por parte del ministerio entorno a la problemática vivida en el sector salud era de recursos económicos y es por esto la necesidad de replantear áreas de gestión sanitaria para favorecer la gestión del riesgo financiero y la no eliminación de las EPS sino su “transformación” en gestoras, lo cual no eliminaba su función como intermediarias. Este discurso reformista liderado por el gobierno

Santos Calderón podría corresponder a los “ajustes” mencionados por parte de Laura Tavares Ribeiro (Tavares Soares, 2000) en el cual se mantiene un modelo de privatización de servicios, como la salud, dados los compromisos asumidos con instituciones internacionales como el Banco Mundial.

La negativa por parte del gobierno de Juan Manuel Santos de no tocar las bases de la estructura del sistema de salud colombiano sino en realizar “retoques” al mismo mientras se logre mejorar un flujo de caja representan la concepción por parte del gobierno nacional de que “el mercado es el mejor mecanismo de asignación de los recursos económicos y de la satisfacción de las necesidades de los individuos” (Asa Cristina Laurell, 1992, p. 133).

Por su parte Marcela Vélez, quien fue partícipe del movimiento que lideraban los residentes en la Universidad de Antioquia, consideró que “[...] la ley Ordinaria lo que es, es que son todas [las reformas propuestas por el gobierno] tan mal, es que todas estas leyes del gobierno, todas han tendido como el mismo norte, que es digamos: afianzar el modelo del aseguramiento privado en el país, todas tienen más o menos la misma perspectiva, y yo creo que ya ninguno de nosotros (digo nosotros, los profesionales de la salud) ya como que no nos engañamos tan fácilmente con esas propuestas que tiene el gobierno” (M. Vélez, comunicación telefónica, 27 de junio de 2017). Precisamente ese continuismo en el modelo de aseguramiento colombiano implica que las problemáticas vividas por el sector no se resuelvan y las reformas que no tocan la raíz del modelo no podrían generar transformaciones para el sistema de salud. El mismo norte que menciona Marcela Vélez gira en torno al trabajo realizado por Juan Luis Londoño y Julio Frenk en el Banco Interamericano del Desarrollo (Londoño & Frenk, 1997) que resultó en la publicación del documento “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en

América Latina”. El documento desarrollado por Londoño y Frenk fue el elemento clave para la creación del sistema de salud colombiano y en este texto es claro el enfoque que se ha mantenido en el mismo y a través de las propuestas de reformas: “El financiamiento se vuelve la misión central de una seguridad social renovada que se encuentra mejor adaptada a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas de América Latina” (Londoño & Frenk, 1997, p. 29). Precisamente fue durante el gobierno de Cesar Gaviria (1990-1994) que se constituye un equipo técnico que lideraría la estructura del sistema de salud en Colombia y es en este grupo en el que participa Juan Luis Londoño, en ese entonces director del Departamento de Planeación Nacional, y quien desarrolla el modelo actual de salud basado en el documento previamente mencionado (Vega-Vargas et al., 2012, p. 64).

El modelo propuesto por el “Pluralismo Estructurado” también hace mención a la necesidad de crear “Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud” que se traducen en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y concluye el documento con: “El desarrollo de formas de modulación no burocráticas y el fomento de las OASS surgen como dos estrategias fundamentales para el trabajo futuro en la reforma del sistema de salud” (Londoño & Frenk, 1997, p. 30) lo cual explicaría la persistencia por parte del gobierno en no eliminar los intermediarios.

Aunque diferentes organizaciones médicas, miembros de la Gran Junta Médica Nacional, manifestaron su oposición al proyecto de ley ordinario, en entrevista con Carolina Corcho, ex presidenta de la ANIR; existía por parte de esa organización la creencia que el proyecto en marcha sería llevado a cabo. La médico Carolina Corcho mencionó que “[...] la reforma tenía suficiente fuerza política en el congreso y que iba a salir, de hecho, pasó sin ningún problema el primer debate en la comisión séptima, creo que era del senado, en esos

momentos, y ya había pasado plenaria del senado, si no estoy mal, sin excepción alguna y casi que derecho; entonces nosotros al ver que podía pasar finalmente, pues decidimos negociar con el gobierno el capítulo sobre el pago a residentes⁴²” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017). Pero uno de los principales inconvenientes relacionados con el desarrollo de ese proyecto de ley ordinario se vinculó por una parte con la contemplación de involucrar una transformación en cuanto a la formación de los médicos especialistas, residentes médicos. La médica Carolina Corcho refirió que “La ANIR hizo un acuerdo con el gobierno, que en esa ley uno de los capítulos sería, una disputa histórica de la ANIR, que es el tema de la laboralización de las residencias, y había un acuerdo en términos que en ese momento habíamos aceptado [...] , el problema que tuvimos ahí, fue que el gobierno desatendió nuestro acuerdo, nos traicionó, por decirlo así, y decidió introducir el artículo, titulación de hospitales⁴³, y en el debate en el Congreso de la República el senador Armando Benedetti, hizo una intervención donde hablaba de que el problema de la salud eran las mafias médicas y que había que ejercer control sobre esas mafias médicas, aludiendo ese artículo de titulación de hospitales, simultáneamente el Espectador en ese momento, me hace una entrevista, toman una foto mía que aparece en primera página del Espectador, manipulan esa foto y básicamente el título que da el Espectador es: Víctima de la roscas (Correa, 2013), tratando de hacer juego con mi planteamiento del gobierno de que había unas roscas médicas,

⁴² El pago a los residentes médicos, es decir todos aquellos que se encuentran realizando una especialización de índole médica o quirúrgica, siempre ha sido un tema polémico y ha generado un sin número de protestas por parte de la ANIR. Países como Estados Unidos, Brasil, Inglaterra, Alemania, Chile y muchos más consideran a sus residentes médicos como trabajadores al prestar un servicio asistencial. De allí que no paguen matrículas y reciban un salario por sus funciones ya que se han convertido en un pilar del funcionamiento de los hospitales y clínicas. Aquí en Colombia los residentes médicos pagan precios exorbitantes por las matrículas y no reciben sueldo.

⁴³ Se refiere al artículo 48 del proyecto de ley ordinario 210 de 2013, titulado Hospital Universitario. En este artículo se brinda la oportunidad a los hospitales para formar residentes médicos y ofrecer aumento en cupos de especializaciones. Para ese momento solo las universidades podían ofrecer este nivel de formación académica, lo cual significó una amenaza al modelo educativo tradicional de la formación médica.

unas mafias médicas, luego que había que promover la titulación de hospitales. Ante eso vino una reacción muy fuerte y yo escribí un artículo que se llama: *Los pájaros disparándole a las escopetas*, se viraliza en las redes sociales, empieza un movimiento de redes sociales, se da el movimiento de las batas blancas que en principio exigía al gobierno tumbar el artículo titulación de hospitales” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017).

Por su parte, Clemencia Mayorga Ramírez⁴⁴, secretaria de la Federación Médica Colombiana, manifestó en una entrevista realizada para esta investigación, que los sucesos ocurridos con el Senador Armando Benedetti impulsaron la movilización:

“Sentí que hubo un detonante que acompañó en simultáneo a ese trámite en el Congreso de la República en el proyecto de ley 210, de cómo el señalamiento que hizo básicamente el ministro de salud contra el gremio médico; el ministro de salud en ese momento salió a decir: que lo que ocurría es que, lo que había en el sistema de salud era una mafia de los médicos, entonces, cuando él se refirió a la mafia de los médicos, digamos que a nosotros [...] que se nos trate de detractores eso nos pareció no solamente un insulto al gremio médico, sino aberrante en el sentido de que el proyecto de ley Ordinaria lo que hacía era favorecer más bien una mafia de los negociantes de la salud con un ministro que trata de endilgarles, de distraer la atención y de culpar a los médicos” (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017). Precisamente en el mencionado artículo publicado en la web (Corcho, 2013), *“Los pájaros disparándole a las escopetas”*, Carolina Corcho transmitía el sentimiento de

⁴⁴ María Clemencia Mayorga Ramírez es médica especialista en pediatría y actual presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría, regional Bogotá. Además, es miembro de la Federación Médica Colombiana. Ha sido una de las principales voces que ha denunciado las irregularidades y los cierres de camas pediátricas en el país desde la ley 100 de 1993. También ha criticado el modelo de atención en salud propuesto por el gobierno de Enrique Peñalosa en Bogotá. Fue una de las convocantes y participantes en las marchas médicas de 2013 contra el proyecto de ley 210 de 2013.

inconformidad con ese suceso en particular: las palabras del senador Armando Benedetti y del ministro Alejandro Gaviria Uribe ofendieron a muchas organizaciones médicas.

En entrevista con Alejandro Gaviria Uribe se brindó la oportunidad para hablar sobre este tema: “Yo hice una presentación en ese sentido [los problemas relacionados con el acceso a las especialidades médicas] y en algún momento, en medio de la presentación, yo utilicé una palabra que tiene una connotación técnica que es la palabra cartel. Cartel significa cuando usted cierra un mercado, limita la competencia para subir el precio y eso es lo que pasa en algunas especialidades, cuando dicen que la Universidad de Antioquia se abre un cupo de dermatología cada dos años, usted lo que quiere es restringir la oferta para subir el precio, cuando yo menciono la palabra cartel, esa misma tarde Armando Benedetti, en medio de la discusión pone un Twitter completamente descontextualizado que dice que vamos a acabar con las mafias médicas. Ese hecho fortuito, de una mala interpretación de una presentación técnica que yo había hecho y de un comentario impertinente y falaz de un senador, también tuvo que ver con la eliminación de la reforma [proyecto de ley ordinario 210] porque ahí si muchas de las asociaciones médicas, particularmente la de las sociedades científicas se sintieron atacadas” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

El Ministro de Salud y Protección Social reconoció las dificultades presentadas posteriormente con ese comentario, a tal punto que lo relacionó como un factor desencadenante de las movilizaciones de las organizaciones médicas. El ministro Gaviria Uribe mencionó que las organizaciones médicas se sintieron “[...] atacadas por el gobierno, atacadas por el ministro y atacadas por la reforma. Y eso aglutinó algunas de ellas. Eso también fue un punto de inflexión en esta discusión, muy anecdótico [...] y lo interesante de estos temas políticos es que estas anécdotas terminan teniendo un impacto grande. Eso tuvo

para mí un efecto positivo con el tiempo y es que yo tratando de explicar esto, tratando de explicarle a sociedad científica por sociedad científica lo que había pasado, me comencé a acercar a los médicos” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017). Durante la entrevista no existe una mención por parte del ministro Gaviria Uribe frente a las críticas explícitas por parte de las organizaciones médicas, sino que el tema central gira entorno a un sentimiento de “indignación” por un comentario de un senador y el uso de la palabra “cartel” en una conferencia del ministro. Aquí se observa que no hay una clara respuesta por parte del ministerio frente a la crítica entorno al modelo que rige el sistema de salud colombiano, sino que por el contrario como se verá más adelante se identifican ciertas organizaciones médicas como “ideologizadas” por propender por estos cambios.

Ilustración 5



Tomado de Semana, R. R. (2013a, October 26). ¿Es inminente un paro de la salud? *Revista Semana*.

Retrieved from [http://www.semana.com/nacion/articulo/marcha-contrala-reforma-de-la-salud/362278-](http://www.semana.com/nacion/articulo/marcha-contrala-reforma-de-la-salud/362278-3)

[3](#)

El senador Armando Benedetti expresó en la revista *Semana* con respecto a este tema que: “Eso no es un cartel, es una mafia con la que se busca acabar [el artículo que buscaba permitir a los hospitales formar a especialistas] porque las juntas de médicos deciden cuántos y cuáles son quienes entran a los programas. Vamos a democratizar el sistema y a hacer que todos tengan los mismos derechos” (Semana, 2013a, párr. 5).

Finalmente, el sentimiento de indignación de muchas organizaciones médicas y la amenaza de que se alteraría la forma en la cual se forman los residentes de medicina, fomentó un espacio para el trabajo conjunto entre las organizaciones.

Las organizaciones médicas invitan a marchar contra la reforma: Aparece una ventana de oportunidad

El ministerio de Salud y la Protección Social tenía como objetivo lograr la aprobación y posterior implementación del proyecto de ley ordinario 210. La razón para enfocarse en ese proyecto radicaba en palabras del ministro Gaviria Uribe: “Yo entro aquí al ministerio en un momento difícil, en una crisis financiera, pero sobre todo una crisis de legitimidad del sistema, donde encuentro en los diferentes agentes casi una posición ambivalente porque yo veía urgencias reformistas de que había que hacer algo, pero también fatiga reformista por que se habían hecho reformas que no habían producido los resultados esperados” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

El viceministro de Salud Pública de entonces, Fernando Ruíz Gómez, consideró que “[...] ese proyecto de ley respondió al momento muy específico [...], muy particular del sector salud. Al final del gobierno del presidente Uribe, se condenó una crisis muy profunda [...], todo lo que se llamó emergencia social. Uno de los últimos actos del gobierno de Uribe fue tratar de hacer algunas reformas rápidas utilizando la figura de la emergencia social para generar cambios [...], el sector salud entra en una crisis, creo que ante la opinión pública [...] hay una pérdida de legitimidad relevante [...], al interior del propio sector salud hay una crisis de confianza muy fuerte entre las instituciones: EPS, IPS, médicos, sectores, todos los diferentes actores; esto lleva a una crisis muy profunda del sector, hay unos gráficos que muestran un parámetro como llega un momento de inflexión muy fuerte de la legitimidad del

sector salud y esto incluso ocasiona una crisis en el propio ministerio, hace que la ministra que está en ese momento, una persona, una gran líder, Beatriz Londoño [ministra de salud que precedió a Alejandro Gaviria] prácticamente tenga que salir sin haber tenido la oportunidad de plantear algún proceso de cambio, y entonces llega un nuevo ministro, un nuevo equipo de trabajo, el cual, claramente tuvo que tomar una decisión frente que hacer con el problema del sector, y un tema importante era pues realmente considerar si había que hacer unos cambios, entonces se vienen dos proyectos de ley: el proyecto de ley Estatutaria y el proyecto de ley Ordinaria, los dos se trabajan prácticamente en paralelo (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017). Aunque se reconoce las crisis del sector salud no hay por parte de los funcionarios públicos un reconocimiento a que la misma es el resultado del modelo en salud instaurado. Tal como se menciona en un artículo de prensa publicado por Bernardo Useche: “La cifra que tenemos, con corte a junio de 2014, es de 5,5 billones de pesos, basados en una muestra de 130 hospitales con 58% de cartera vencida, siendo el principal deudor en el contributivo la Nueva EPS, que ha venido mejorando un poco su morosidad. Muy de cerca están Coomeva y Saludcoop y en el subsidiado está el lunar de la administración pública que se llama Caprecom. En marzo conoceremos la cifra actualizada a diciembre” (Useche, 2015, s.p). El adeudamiento por parte de múltiples Empresas Promotoras de Salud frente a la cartera de múltiples hospitales y clínicas se ha transformado para el sistema de salud colombiano en un círculo vicioso, sin resolver, con giros y rescates por parte del ministerio, pero sin atacar la causa de este.

La Federación Médica Colombiana consideraba esta propuesta del gobierno, en palabras de Clemencia Mayorga: “Ese proyecto de ley ordinaria, significaba la profundización del modelo, digamos, de mercado implementado en el tema de la salud [...] nos parecía que ese

proyecto de ley ordinaria iba en disyuntiva, completamente contrario y lo que hacía era profundizar esa visión economicista, del mercado, del aseguramiento, de las EPS como intermediarios financieros en el tema de la salud” (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017). Se suma a ese comentario el publicado por el senador Jorge Enrique Robledo, uno de los principales críticos del proyecto de ley ordinario 210, manifestó que esta reforma estaba “redactada para engañar a la gran mayoría de colombianos que se oponen a la ley 100” y que usaba términos como “pagador único y giro directo” por lo que “maquillan una reforma que profundiza la presencia del capital financiero en la salud” (Robledo, 2013)

Aunque el gobierno nacional lideraba la iniciativa de llevar a cabo esta reforma a través de una ley ordinaria, las condiciones desarrolladas en el contexto histórico del momento fueron en contra vía del triunfo de la propuesta. Siendo claro en que las diferentes organizaciones médicas manifestaron su inconformidad por este trámite y el inconveniente ya mencionado con el senador Benedetti y el ministro Gaviria, es necesario considerar otros sucesos que impulsaron la movilización y favorecieron un espacio mediático para que los médicos expresaran sus opiniones y ejercieran influencia al momento de la revocatoria del proyecto.

Los sucesos ocurridos en el 2013: Aplicando la teoría de las múltiples corrientes con la aparición de una ventana de oportunidad

A continuación quiero que observemos como la teoría desarrollada por Kingdon (Kingdon, 2011) que comprende un marco que busca explicar la construcción de políticas públicas, puede enriquecer el análisis del desarrollo de la política pública en salud [la reforma ordinaria].

Previamente⁴⁵ mencioné los 5 elementos estructurales de esta teoría, así que vamos a identificar los momentos que ocurrieron y que pueden explicar los sucesos del 2013.

La corriente de los problemas

Identificar el contexto de problemas antes al desarrollo del proyecto de ley ordinario justificó la propuesta del gobierno. En este elemento estructural podemos identificar la crisis vivida por el sector salud previa al año 2013. Dificultades e inconvenientes que el Ministerio de Salud y Protección Social reconoció en documento oficial (Gaviria Uribe, 2013). La falta de confianza en el sector salud, tal y como lo manifestó en entrevista el ministro Gaviria Uribe y el viceministro Fernando Ruíz Gómez, incrementaron la sensación de crisis. Las dificultades presentadas en el acceso de los servicios de salud en regiones periféricas también alimentaron los problemas.

Ilustración 6

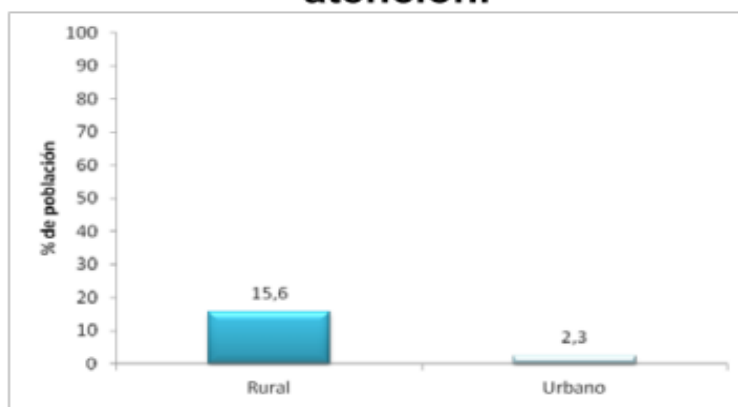
Indicador	Guajira	Nacional
Tasa de mortalidad por cada 1.000 niños menores de 5 años	26,77	16,63
Tasa de mortalidad por EDA por cada 100.000 menores de 5 años	25,10	7,34
Desnutrición crónica o baja talla para la edad en niños menores de 5 años	27,9	2,7
Desnutrición aguda o bajo peso para la estatura en niños menores de 5 años	1,8	0,9
Desnutrición global o bajo peso para la edad	11,1	3,4
Sobrepeso o alto peso para la talla en menores de 5 años	2,3	4,8
Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	220,46	72,88
Mujeres en edad fértil con delgadez o desnutrición	8,5	4,8
Ausencia de atención prenatal	11,5	3,0

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2009, ENDS 2010

⁴⁵ Ver en el Marco Teórico, Capítulo I, de esta investigación el apartado de la teoría de las múltiples corrientes de Kingdon.

Ilustración 7

No asistencia a consulta médica en caso de enfermedad por la distancia al centro de atención.



Fuente: ECV 2011

El documento desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social menciona que “[...] falta mucho por recorrer en el camino por construir y consolidar un sistema de salud con altos niveles de calidad, centrado en el usuario, financieramente sostenible, fuerte institucionalmente y que oriente sus acciones con base en obtener los mejores resultados en salud de la población” (Gaviria Uribe, 2013, p. 10).

De todos estos problemas, y como resultado del análisis de prensa y de las entrevistas realizadas, el punto álgido que motivó la movilización de las organizaciones médicas, además del “golpe a la dignidad” al ser denominados como “carteles” o “mafias”, fue que el proyecto de ley ordinario planteó reformar la formación de los residentes médicos.

Al interrogar al ministro sobre ¿Cuál podría ser el origen del fracaso de la reforma ordinaria? Contestó: “Por muchas razones [...] por ejemplo, las universidades⁴⁶ se opusieron a la ley porque veían que en los hospitales de pronto podrían graduar también y que ahí eso los iba a afectar. Esa fue una pelea tal vez innecesaria que estuvo allí tratando de aumentar la oferta de especialistas y eso aglutinó a algunos médicos” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Este tema fue igualmente mencionado por el viceministro de Salud Pública, Fernando Ruíz Gómez: “Hubo unas protestas de los estudiantes de medicina frente a los temas del Hospital Universitario⁴⁷ [...], yo honestamente siento que los estudiantes fueron manipulados por las universidades, creo que ese planteamiento del proyecto de ley buscaba mejorar las condiciones de los residentes de medicina, buscaba que se les pagará por su trabajo, que tuvieran la oportunidad de recibir unos ingresos y la interpretación que le dieron desde la facultad fue absolutamente diferente, muy particularmente, un interés muy particular, ahí hay otro interés muy fuerte y eran las matrículas de los residentes de medicina [...], eso fue manejado, manipulado muy fuertemente desde la facultad, facultades de medicina y al final determino que el proyecto de ley fue archivado” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017). Aunque la definición de la condición de los residentes médicos como estudiantes y trabajadores ha sido un debate en deuda con esta población, lo planteado en el

⁴⁶ ASCOFAME: “No estamos en controversia con los hospitales, son nuestros aliados naturales en la formación de talento humano en salud, pero es la unión lo que nos hace fuertes y no la disociación que históricamente ha propiciado este modelo de aseguramiento” Ver página 80 de este documento.

⁴⁷ Con respecto al tema de la formación de residentes médicos, Fernando Ruíz Gómez, antes de ser viceministro de Salud Pública se desempeñaba como profesor de la Universidad Javeriana. Hacía parte del Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) quienes entregaron al Ministerio de Salud en el año 2013 el “Estudio de Disponibilidad y Distribución de la Oferta de Médicos Especialistas, en Servicios de Alta y Mediana Complejidad en Colombia”. Documento que serviría para el ministerio para justificar el apartado de la formación de especialistas médicos en el proyecto de ley 210 de 2013.

proyecto de ley ordinario era ambiguo frente al tipo de formación recibida por parte de los hospitales y no las universidades, es decir que el hospital asumiría las funciones educativas y el diseño de programas de especialización al parecer con el objetivo de resolver la alta demanda de especialistas médicos en el país. Este apartado del proyecto de ley liderado por el gobierno de Juan Manuel Santos pretendía resolver una problemática en la formación a través de un aumento de cupos para el ingreso a residencias mediante la titulación de hospitales, situación que podría llegar a ser confusa e improvisada si no existía una adecuada guía catedrática. Esta estrategia por parte del ministerio de salud y protección social no resolvía el problema de fondo y pretendía cubrir la falta de especialistas mediante aperturas de cupos sin contemplar la calidad de los programas.

En dialogo con Marcela Vélez, Universidad de Antioquia, también fue mencionado el tema de la formación de los residentes: “Nosotros habíamos tenido por esos días, unas discusiones con el Ministerio sobre la formación de residentes y nos habíamos dado cuenta, incluso, un poquito antes de que el ministro se decidiera ponerlo dentro del proyecto, que ellos estaban diciendo que en cualquier institución [...] si los hospitales eran universitarios, luego los hospitales podían formar a los residentes, entonces eso lo habíamos discutido en una asamblea con residentes, y luego ya quedó en la ley, pues, digamos, eso fue lo que causó más *discomfort* en la universidad [...] los médicos en nuestro país, no están con esa idea de que en los hospitales forman” (M. Vélez, comunicación telefónica, 27 de junio de 2017).

Carolina Corcho, ex presidente de ANIR, se refirió también a este tema de la titulación por parte de hospitales: “El ministro avanzaba en la reforma ordinaria en el Congreso de la República, con lo que no contaba el ministro, es con que fuera a chocar con el gremio de los

especialistas y la ANIR, con el tema de titulación de hospitales [...] finalmente se le cayó toda la reforma” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017).

Un editorial, publicado en un boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, expuso que dentro de sus razones para oponerse al proyecto de ley ordinario se encontraba la titulación de especialistas por parte de hospitales⁴⁸ (Editorial Boletín Principio Activo, 2013). Reza el editorial que “Esta iniciativa gubernamental pone en riesgo la calidad, autonomía y criterio ético y científico de los especialistas del país, y subyuga la formación de los médicos al modelo de mercado imperante” (Editorial Boletín Principio Activo, 2013).

La corriente de las políticas públicas

La crisis vivida por el sector salud se materializó en una serie de propuestas realizadas por las organizaciones médicas, el gobierno nacional y el Congreso de la República. Los proyectos de ley propuestos involucraban planteamientos de índole estatutaria como ordinaria.

- Proyecto de ley ordinario 106: Senador Antonio José Correa Jiménez del partido Opción Ciudadana.
- Proyecto de ley ordinario 135: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Proyecto de ley ordinario 051 de 2012: Senadores Jorge Eliecer Ballesteros Bernier y Edinson Delgado Ruiz.

⁴⁸ Aunque esta investigación se centró en las organizaciones médicas como objeto de estudio, se debe resaltar el aporte de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) a la movilización contra la reforma. Precisamente fueron las facultades de medicina quienes dieron los respectivos permisos a sus estudiantes para que asistieran a las marchas y protestas. Tal fue la presión por parte de los estudiantes que el primer artículo que se cayó del proyecto de ley 210 de 2013 fue el que se refería a la titulación por parte de hospitales universitarios, ver página 84 de este documento.

- Proyecto de ley ordinario 233 de 2013 por el senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona con la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud (ANSA)
- Proyecto de ley ordinario 210 de 2013: Ministerio de Salud y Protección Social
- Proyecto de ley estatutario 209: Luis Carlos Avellaneda Tarazona del partido Alianza Verde.
- Proyecto de ley estatutario 105 de la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud con la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, presentado por el senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez del partido Polo Democrático Alternativo.

Finalmente, el proyecto de ley ordinario que fue llevado a los debates fue el 210 de 2013 – Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 – Senado. De este proyecto surgen los diversos puntos de vista y objeciones por diferentes agentes.

Corriente de la política

La llegada del presidente Juan Manuel Santos como cabeza de gobierno frente a la crisis vivida por el sector salud, determinó el cambio de múltiples funcionarios en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, primero a Mauricio Santamaría Salamanca luego Beatriz Londoño Soto y finalmente Alejandro Gaviria Uribe (Redacción Revista Dinero, 2013a); (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012h). Lo anterior sirvió de mensaje de inestabilidad por parte del gobierno hacia la sociedad. Por otra parte, los medios de comunicación “rajaron” al ministro Alejandro Gaviria Uribe al iniciar su gestión a través de una encuesta liderada por la Revista Dinero e Invamer (Redacción Revista Dinero, 2013a).

La mediatización del problema del sector salud en el 2013 y la inminente amenaza de un paro médico llegó a visualizarse en medios de prensa nacional. En artículos de prensa se exponían

razones por las cuales las organizaciones médicas planteaban marchar contra la reforma, algunos argumentando el mantenimiento y fortalecimiento del negocio entorno a la salud (Semana, 2013b). Otros artículos expresaban que el fundamento de la oposición por parte de los médicos era el deterioro en la calidad de la formación de los especialistas, planteaba un posible desenlace con esta reforma que generara un “abaratamiento de la mano de obra” (Elhospital.com, 2013). Inclusive, el vicepresidente, Angelino Garzón, advirtió al ministro de Salud y Protección Social prestar atención a los trabajadores del sector que se estaban manifestando en su contra (Redacción Blu Radio, 2013).

Ventana de política pública y los emprendedores

Según los planteamientos de Kingdon, los emprendedores en políticas públicas son todos aquellos actores o colectivos que logran confluir las corrientes de su teoría y así la aparición de una ventana de “oportunidad” para incidir en un proyecto político (Howlett, McConnell, & Perl, 2015, p. 420) (Kingdon, 2011, p. 165) (Zahariadis, 2007, p. 74). De igual forma, tal como mencionamos previamente, las organizaciones médicas ocupaban una posición como actor socio-político frente al gobierno nacional en el campo de la salud (Hernández Álvarez, 2003, p. 231); (González, 2012, p. 343), que para nuestro estudio de caso también recurrimos al concepto de campo (Bourdieu & Wacquant, 1995, p. 23). Aquí vemos la articulación de estas dos fuentes teóricas. Profundicemos en el concepto desarrollado por Kingdon de ventana de oportunidad, dado el entrecruzamiento, vamos a analizar los sucesos y la misma movilización que nutrieron el fracaso del proyecto de ley ordinario.

Lo primero para tener en cuenta fue el contexto histórico ocurrido en el 2013. El gobierno de Juan Manuel Santos vivió el paro agrario (Semana, 2013c) hasta tal punto que algunos servicios prestacionales en salud fueron afectados (Ministerio de Salud y Protección Social,

2013l). Algunos medios de prensa también mencionaban que el hecho de que el próximo año, 2014, fuese un año electoral (incluyendo la intensión de reelección presidencial) afectaron el desenlace de la reforma (Redacción Revista Dinero, 2013g).

Incluso un boletín de prensa del Ministerio de Salud y Protección Social mencionaba en palabras del ministro Gaviria Uribe la inminente llegada del periodo electoral y las dificultades de esta: “Yo creo que dada la urgencia con la que el país necesita cambiar el sistema de salud, incluso en coyuntura preelectoral, es mucho más importante discutir esta reforma que cualquier otra cosa” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013v).

La Asociación Nacional de Instituciones Financieras, ANIF, en conjunto con la ANDI también acercaron los problemas para el proyecto de ley ordinario frente al periodo electoral que se acerca (Redacción Revista Dinero, 2013y). El ministro Gaviria Uribe observó que parte de las dificultades para la realización del debate en la Cámara de Representantes estuvo relacionado por la coyuntura electoral (Redacción El Pulso, 2014). La misma Asociación de Pacientes Colombia veían que el debate se iba a prolongar por el factor de las elecciones que se acercaban (Redacción El Pulso, 2014).

En entrevista con Carolina Corcho, ex presidente de ANIR, también se mencionó que la coyuntura electoral afectó el desenlace de la reforma ordinaria: “Estábamos en época preelectoral, entonces se amedrento el Congreso de la República porque la gente de manera espontánea, los médicos residentes, empezaron a coaccionar a los congresistas en las regiones, a hacer cacerolazos y en un momento preelectoral nadie se va a poner a aprobar una reforma a la salud para poder poner en riesgo” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017).

Por su parte Clemencia Mayorga, Federación Médica Colombiana, refirió con respecto a este tema: “La protesta y el acompañamiento y el apoyo de otros sectores sociales más el año electoral creo que jugaron a favor del hundimiento de la reforma” (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017). Además de referir que “[...] había una coyuntura que ayudo adicionalmente, y era que se venía un año electoral, porque estábamos frente, esto fue en el 2013, y en el 2014 ya estábamos en nuevo periodo presidencial, entonces también se jugaba ahí un capital político, digamos de los partidos frente a la indignación, no solamente del sector sino de la ciudadanía, porque ya la ciudadanía venía con mucho descontento del tema de la salud [...] hay un año electoral de por medio, entonces con eso, creo yo, que hizo que finalmente en el Congreso de la Republica, pues esto se tuviera que terminar sepultado” (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017).

De esta forma la ANIR convocó una “marcha de las batas blancas” para el 29 de Octubre de 2013, donde múltiples organizaciones médicas y de la sociedad civil decidieron vincularse, además de un paro de residentes, internos y estudiantes (Semana, 2013a). La convocatoria utilizó el argumento “[...] la ley aprobada en plenaria del Senado agrava la situación de salud del país” (Semana, 2013a). Carolina Corcho, ANIR, mencionó en prensa que habría suspensión de los servicios de consulta externa en hospitales, sin afectar los servicios de urgencias, e inclusive un posible paro indefinido (Semana, 2013a). Por su parte la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas envió una carta al presidente de Colombia, Juan Manuel Santos Calderón, donde comunicaban que ellos no formaban “carteles”, que el enfoque del sistema de salud no era el “[...]mantenimiento del bienestar de la población”, que los médicos se estaban convirtiendo en un “insumo mercantil” y que este proyecto de ley ordinaria haría que el sistema de salud se quede “en el mismo estado agónico de siempre”

(Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013a). Esta misma organización en comunicación a todos sus miembros, se manifestó en solidaridad con la movilización de los médicos y expresó el rechazo al proyecto de ley ordinario (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, 2013c).

La Asociación Médica Sindical Colombiana igualmente invitó al personal médico y trabajadores del sector a mostrar la inconformidad por el proyecto de ley ordinario a través de “[...] mítines, plantones en las unidades hospitalarias, enviando mensajes de solidaridad, apoyo y de protesta contra el actual proyecto de ley” (Oficina de Comunicaciones, 2013b). Igualmente ASMEDAS solicitó al gobierno nacional y al Ministerio de Salud y Protección Social el retiro de ese proyecto (Oficina de Comunicaciones, 2013c); (Oficina de Comunicaciones, 2013a).

Para el médico Juan Mendoza Vega, Academia Nacional de Medicina, la movilización de las organizaciones médicas se dio porque el “[...] ministerio quiso durante todo este tiempo conservar el sistema tal como lo organizo la ley 100, es decir un sistema basado en el afán de lucro, basado en el concepto del mercado, bienes de mercado [...] para nosotros y para todas las asociaciones médicas, ese concepto de bienes de mercado nos ha parecido supremamente inadecuado, supremamente injusto y creador de problemas” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). Para el médico Mendoza Vega este tipo de movilizaciones representó “[...] gran preocupación, porque la Academia entiende la protesta, entiende que el cuerpo médico está formado por personas y que las personas tienen que protestar, y cuando se las presionan sencillamente, pues, hay que responder con protestas excesivas. Para la Academia una huelga médica es algo que no debería ni pensarse, pero que entendemos que puede ocurrir si al cuerpo médico se lo lleva a una situación de extrema

presión, y es muy posible que ocurra, y por eso no nos gusta esa actitud, y nos preocupa mucho que pueda llevarse al cuerpo médico a una situación a la que tenga que forzosamente declarar, por ejemplo; una huelga” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Marcela Vélez, autora de “La Salud en Colombia”, considera que la ANIR fue la organización líder, dentro de la Gran Junta Médica Nacional, para la convocatoria a protestar: “[...] pues la ANIR, fundamentalmente fue quien estuvo ahí como en el medio de eso, Carolina, es Carolina Corcho la de Bogotá [...] y en general todos los muchachos que hacen parte de la ANIR, estuvieron muy, muy involucrados y el movimiento como se decía, el movimiento, el de la salud” (M. Vélez, comunicación telefónica, 27 de junio de 2017).

Carolina Corcho, ANIR, mencionó frente a esta movilización que “[...] hubo un argumento mediático importante, y es que mediáticamente nosotros logramos catapultar la opinión pública a nuestro favor, generando la contraposición que tenemos con las EPS, el constreñimiento, la autonomía médica e hicimos una oposición con tal con las EPS y con el negocio, es como si hubiera resurgido otra vez una conciencia de dignidad médica, escondida que tenemos todos los médicos allá adentro” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017). De hecho, la mediatización de la movilización médica fue marcada, a tal punto que hasta la Superintendencia de Salud indicó que sancionaría a quienes “[...] impidan, obstruyan, retrasen o alteren el acceso a la prestación normal de todos los servicios de salud, en especial aquellos cuya desatención podría afectar el derecho a la salud y la vida de los ciudadanos” (Vivir, 2013).

Diferentes organizaciones, incluyendo gremios médicos, gerentes de hospitales, asociaciones de usuarios y profesores universitarios se vincularon a la protesta (Radio, 2013). Las protestas

no solo se dieron a nivel de Bogotá sino que incluyeron muchas más ciudades de todo el país, siendo una convocatoria generosa que involucró a muchas organizaciones médicas (ElPais.com.co, 2013); (Redacción El Tiempo, 2013).

Para el viceministro de Salud Pública, Fernando Ruíz Gómez, con respecto a las marchas lideradas por el sector médico refirió:

“Yo creo que fue importante, creo que fue importante ver que los médicos se pudieran movilizar, como te digo, creo que las razones eran un poquito equivocadas, creo que se hicieron daño a sí mismos; pero creo que hay también se esconde otro problema muy grave y es la limitada comprensión de los médicos durante su formación sobre lo que es un sistema de salud, es una muy limitada comprensión, es mucho conocimiento sobre las ciencias básicas y mucho conocimiento sobre la cirugía y la medicina interna, pero conocimiento y comprensión del medio en que van a vivir y van a laborar muy limitado” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Alejandro Gaviria Uribe, ministro de Salud y Protección Social, mencionó frente al descontento del sector médico que “[...] otros se opusieron porque la gente en el fondo, y lo voy a decir con toda claridad, querían que la ley ordinaria tuviera un solo artículo: Desaparecen las EPS. Porque toda esa discusión parecía estar centrada allí. Entonces como no veían la desaparición plena de las EPS sino la transformación en gestores [...] a la gente no le gustaba la ley y eso aglutinó también muchos sectores médicos y otros sectores de opinión sobre todo los más a la izquierda del espectro ideológico. A los sindicatos no les gustaba este régimen laboral de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado que estaba ahí y eso también aglutinó ciertos sectores médicos que veían en esta ley una especie de imposición de unas condiciones laborales en las que ellos no estaban de acuerdo. Entonces

la ley era una ley que no le gustaba a nadie y por eso tuvo el fin que tuvo. Bien enterrada sea porque eso pasó fue para bien del sistema y del país” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017). El ministro Gaviria Uribe consideró este momento como “difícil [...] hoy lo veo como un momento complejo que viví en mi gestión, pero también fue aleccionador [...] aprendimos de cómo se reforma [...] de no tratar de hacer una reforma que mete en un paquete todo, que alinea a todos los intereses en contra. Nosotros no fuimos muy estratégicos en el momento, en el fondo porque cuando yo llego aquí, yo me sentía acorralado por la opinión pública a presentar una reforma, cualquiera, y también lo voy a decir de manera clara, tal vez le faltó a esa reforma proceso adicional de cocción, de socializarla más y de pensarla más entre todos” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

En entrevista con el ministro Gaviria Uribe también relató que: “Voy a decir algo que no lo he dicho nunca y usted lo puede poner ahí, yo me alegro de que la ley no haya pasado. En el fondo yo me fui desencantando en el proceso de la ley ordinaria y fui viendo, percibiendo una estrategia que fue la que implementamos después. Y no esa ley ordinaria que quería hacer todas esas cosas que se convirtió en una especie de popurrí, sino reformas más específicas, soluciones concretas para problemas concretos” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017). En esta frase el ministerio de Salud y Protección Social reconocía las dificultades y tribulaciones que conllevaba sacar este proyecto a cabo, pero ese reconocimiento de la reforma como un “popurrí” es una conclusión clara sobre la inadecuada estrategia que implementó el ministerio para llevarla a cabo. Según el ministro Gaviria la reforma no era mala por no transformar el eje del sistema de salud colombiano, sino que era mala por la incapacidad de esta para integrar distintos procesos que afectaban los intereses de múltiples grupos sociales, entre ellos el de las organizaciones médicas. La conclusión

parecería para el ministro que el error recayó en querer intervenir en distintos componentes del sector salud.

Hundimiento de la reforma ordinaria 210 de 2013: La influencia de los médicos

La movilización de las organizaciones médicas en varias oportunidades se nutrió de las manifestaciones de organizaciones campesinas en la plaza de Bolívar. Coincidiendo además con la destitución del entonces alcalde Bogotá, Gustavo Petro⁴⁹, ordenada por la Procuraduría General de la Nación, que produjo manifestaciones en el mismo lugar (Moreno Agudelo, 2013).

Para Juan Mendoza Vega, Academia Nacional de Medicina, la influencia de las organizaciones médicas giró en torno a “[...] la creación, en la aprobación de la ley Estatutaria, que yo espero todavía que sea la gran reforma y que saque de la salud del campo del mercado” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). El médico Mendoza Vega también reconoció que “[...] en otros casos infortunadamente el cuerpo médico ha tenido poquísima participación y eso comenzó cuando, por ejemplo; a mediados del siglo pasado se formó el instituto de Seguro Social, el gobierno trajo la propuesta de ella y el cuerpo médico consideró que no tenía que participar en eso, porque eso no era de interés del cuerpo médico, hágame el favor. Por supuesto, hoy miramos con extrañeza semejante idea, pero en ese momento el cuerpo médico estaba compuesto por personas individualistas de más o menos buena posición socio-económica [...] creían que era una cuestión del gobierno [...] entonces ese espíritu individualista ha hecho que en muchas ocasiones no se

⁴⁹ El lunes 09 de diciembre de 2013 la Procuraduría General de la Nación, en cabeza de Alejandro Ordoñez, destituye del cargo como alcalde de Bogotá y lo inhabilita por los próximos 15 años para ejercer funciones públicas a Gustavo Petro. Esta decisión genera una oleada de protestas frente a la plaza de Bolívar. Protestas que terminaron uniéndose con las movilizaciones organizadas por los médicos.

estuviera atento a participar en las transformaciones y en los problemas de índole social que había” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). La Academia Nacional de Medicina, en palabras de Juan Mendoza Vega, consideró que “[...] ha ido cada vez más interesada en los problemas de tipo social que tratan con una medicina y con el ejercicio de la medicina y la salud” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Pero al interrogar cual organización ejerce la mayor influencia en estos sucesos, el ex presidente de la Academia Nacional de Medicina consideró que “[...] hubo un momento en el que fue la Federación Médica Colombiana, después vino probablemente una tensión entre ASMEDAS como sindicato y las Sociedades Científicas, después fueron las Sociedades Científicas y cuando se creó la Gran Junta Médica, creo que no se puede discutir que la Academia Nacional de Medicina se convirtió en la más importante e influyente y en el más sólido apoyo de los estudios y de las resoluciones y propuestas sobre estos tema” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017). Igualmente resaltó que la academia no entra en situaciones de apoyo a sectores políticos y lo consideran prohibido” (J. Mendoza Vega, comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Para el viceministro de Salud Pública, Fernando Ruíz Gómez, ninguna organización médica tiene influencia ya que “[...] la Federación Médica Colombiana, tiene una deuda muy circunscrita a lo que tiene que ver con medicamentos y redes de medicamentos, es una deuda bien importante, circunscrita a eso; la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas tiene una dificultad muy grande y es que son muchas sociedades, tiene cerca de 50 sociedades, cada una con su propio interés y en determinado momento los intereses de uno de esos gremios se contraponen a los de otros gremios, es muy difícil que haya unidad; creo

que avanzaron un poquito, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas se ha fortalecido en los últimos años, sin embargo no creo que tampoco hubiera tenido una muy fuerte injerencia en reformas” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Con respecto a la Asociación Nacional de Internos y Residentes, ANIR, Ruíz Gómez los ve como “[...] una piedrita en el zapato; es una organización que además tiene una base muy importante, digamos, tiene una fuente muy importante de legitimidad y esa fuente es el programa de los residentes [...]; sin embargo, creo que está muy ideologizada, por lo menos cuando estuvo Carolina Corcho ahí, fuertemente ideologizada; y hay una cosa que es muy significativa, cuando sale Carolina, la ANIR queda casi completamente en una orfandad y durante por lo menos dos años después, cada vez que uno llamaba a la ANIR venía Carolina Corcho, como si no hubiera la posibilidad de ir desarrollando otros liderazgos” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

“Solo aquellos que tienen una línea política o intereses políticos como claramente los tiene Carolina, pues evidentemente si pueden decir, es decir, continuar manteniendo esa carga, pero eso de legitimidad [...] cuando una institucionalidad le pega a la política pierde legitimidad” (F. Ruiz Gómez, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

El ministro Gaviria Uribe frente al tema de influencias manifestó que:

“Yo creo que el papel de las organizaciones médicas no fue completamente protagónico [...], se opusieron, estuvieron ahí e hicieron parte de las voces en contra, pero yo creo que la movilización no estuvo protagonizada de una manera preponderante por las organizaciones médicas. Yo creo que la protesta vino más de grupos de estudiantes, de los sindicatos y de las universidades que de las mismas organizaciones médicas” (A. Gaviria Uribe,

comunicación personal, 22 de junio de 2017). Gaviria Uribe se refirió a otros momentos históricos como “[...] en el año 2009 – 2010 con la emergencia económica del presidente Uribe, ahí juegan un papel fundamental. Ahí la oposición de las asociaciones médicas acabó con ese intento reformista, en otros aspectos más puntuales han jugado papeles de uno u otro papel, en la ley estatutaria jugaron papel fundamental” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Al preguntarle específicamente sobre el rol de las organizaciones médicas en el hundimiento del proyecto de ley ordinario 210, el ministro Gaviria Uribe refirió que “[...] jugaron un papel en su hundimiento, pero no creo que el papel de las asociaciones médicas haya sido el más protagónico de todos. Ahí hubo mucha oposición, de mucha gente, entre ellas las asociaciones médicas, pero ahí, a diferencia de la emergencia social de Uribe, no fueron las asociaciones médicas las que uno puede decir tumbaron la ley, yo creo que mucha gente, entre ellas las asociaciones médicas” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Al querer indagar específicamente por organizaciones médicas puntuales, el ministro Gaviria Uribe expresó que “[...] son las Sociedades Científicas las que más peso tienen, no me queda duda [...] creo que el papel de la Academia [Academia Nacional de Medicina] hoy en día es menor, es más puntual, de asesoría al ministerio en algunos temas puntuales. El papel de la Federación Médica Colombiana es mucho más gremialista, tiene alguna influencia sobre la política [...] el papel de los colegios es muy rutinario y casi que burocrático, era más de los temas de las funciones públicas. Yo creo que las que verdaderamente tienen la influencia son las Sociedades Científicas” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Finalmente, el ministro Gaviria se refirió a la ANIR como una organización que “[...] jugó un papel en el hundimiento de la reforma, un papel importante” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017), aunque “[...] ideologizada y eso creo yo que le ha restado objetividad en algunos de los debates” (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017). También consideró ideologizada a la Federación Médica Colombiana y el partido político involucrado es el Polo Democrático Alternativo (A. Gaviria Uribe, comunicación personal, 22 de junio de 2017). Ambos funcionarios, tanto el ministro Gaviria Uribe como el ex viceministro Fernando Ruiz coincidían en que la Asociación Nacional de Internos y Residentes, ANIR, era una organización problemática e “ideologizada”, pero valdría la pena preguntar si ¿era por considerarla desafiante a las posturas tradicionales que históricamente ha tomado el ministerio frente a reformar el sistema de salud colombiano? Al mantener un modelo de mercantilización del recurso en salud por parte del ministerio este ¿no estaría igualmente “ideologado”?

Carolina Corcho, ex presidente de ANIR, considera, por su parte, que unas “[...] organizaciones médicas que han tenido una coherencia férrea contra el establecimiento, en términos de la defensa al derecho a la salud y no haberse ido en ningún momento de la historia frente a las pretensiones de la reforma y al negocio de la ley 100, y esas organizaciones en mi opinión son las organizaciones como la ANIR, por ser una organización juvenil y estudiantil, su carácter estudiantil lo hace ser rebelde” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017). Frente a la influencia de la ANIR frente al Congreso de la República considera que “La ANIR, ha hecho lobbies permanentemente para que no quiten la beca-crédito, el debate central de la ANIR ha sido el de la beca-crédito” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017). Al interrogarla sobre si existía un partido en particular

relacionado con la ANIR, la médica Carolina Corcho mencionó que “[...] nosotros tenemos muy claro el concepto de sociedad civil, el concepto de pluralismo y autonomía médica, nosotros interactuamos con todos los partidos políticos. De hecho, nuestros proyectos de ley, nuestras propuestas las sometemos al escrutinio de varios partidos políticos, a veces hablamos, en este momento estamos hablando con la U, pero nosotros estamos pidiendo que nuestro proyecto de ley lo firmen varios partidos políticos, siempre ha sido nuestra filosofía” (C. Corcho, Comunicación telefónica, 29 de marzo de 2017).

Por otra parte, Clemencia Mayorga, Federación Médica Colombiana, al entrevistarla sobre qué acciones realizó su organización manifiesta que “[...] eran los comunicados permanentes, digamos que hubo una buena campaña de difusión, sobre lo nocivo que consideráramos sobre el proyecto de ley, en ese sentido, creo que el tema de comunicación jugó un papel importante, porque además fue como muy didáctico. Logramos [...] hacer de ese un mensaje sencillo, un mensaje, digamos, que le llegara a la gente, que lo entendiera con facilidad, pues uno de los problemas que tenemos en el sector salud, es que explicarle eso a la gente común y corriente es muy difícil, y en esa campaña de divulgación yo recuerdo varios de los mensajes, de los videos que se movieron por redes, era cosas muy llamativas pero muy sencillas [...] pero indudablemente lo que más llamo la atención, fue del Congreso creo, fue la protesta en la calle, o sea, la protesta permanente en las calles que duro, bueno yo no recuerdo, pero duro siempre unos dos o tres meses creería yo, no sé, no me acuerdo bien, pero duro bastantes semanas y en el último periodo casi que teníamos dos o tres protestas en la calle semanales, con muy buena afluencia de gente, yo creo que eso mostro eso que hizo visible y tuvo un peso importante, en el Congreso de la república, además de que la ciudadanía se manifestó, digamos que a favor [...] el movimiento logró ganarse la

simpatía de los ciudadanos, yo que participe en la mayoría de esas marchas en la calle, sentía como el ciudadano común y corriente aplaudía y acompañaba el hecho de que los médicos estuvieran protestando por el tema de la salud (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017).

Con respecto a la relación entre la Federación Médica Colombiana y su capacidad de influencia con el congreso, Clemencia Mayorga refirió: “Indudablemente hubo partidos y personas de los grupos políticos que contribuyeron, pero hubo una cosa muy buena en ese sentido, y es que esto nunca se mostró, ni se dio como un tema de un solo partido político, o sea, como un tema partidista no, aunque hubo partidos que apoyaron, pero siempre fueron varios partidos [...] como una iniciativa de un solo partido político sino que los partidos se sumaron y participaron activamente, sin que fuera una iniciativa que se diera o se tomara en partido” (C. Mayorga, comunicación telefónica, 31 de julio de 2017).

CONCLUSIONES

La caja de herramientas que se planteó al inicio de esta investigación vinculó los conceptos de corrientes teóricas de Bourdieu y Kingdon para realizar un análisis a los sucesos ocurridos en el 2013. Estos dos elementos teóricos confluyen a través de la descripción de la situación ocurrida en el marco temporal delimitado por este estudio. Los abordajes teóricos utilizados permiten contemplar la salud como un campo y una serie de actores socio-políticos que luchan por el poder en el mismo, constituyendo así el sistema de salud colombiano como una arena de combate donde se midieron las fuerzas del gobierno y las organizaciones médicas. El contexto en el cual se desarrolló el conflicto entre las partes fue el resultado de la implementación de una serie de transformaciones dadas progresivamente con el fin de mercantilizar los servicios de salud, es decir una entrega del sistema de salud al capital financiero y así preservar un régimen social de acumulación financierista. Es decir que el modelo del sistema de salud colombiano generó la crisis vivenciada en el sector y las organizaciones sociales, entre ellas las conformadas por médicos, reconocían como factor desencadenante la estructura neoliberal que habita en el sistema mismo.

Varias organizaciones médicas, integradas a la Gran Junta Médica Nacional, fueron propositivas al recomendar una reforma al sector salud que implicara el desmonte de la ley 100 de 1993 y la eliminación completa de cualquier tipo de intermediación, pero el gobierno nacional hizo caso omiso a estas propuestas y lideró un proyecto de ley que no resolvía la situación vivida en el sector salud.

Aunque actores en representación del gobierno nacional como fueron el ministro de Salud, Alejandro Gaviria Uribe y el viceministro de Salud Pública, Fernando Ruíz Gómez, expresaron que el rol de las organizaciones médicas en cuanto a la influencia frente a toma

de decisiones no era considerable, es claro que organizaciones lideradas por estudiantes como fueron la ANIR si fueron una pieza fundamental para la movilización. La movilización fue el resultado de un sentimiento de indignación frente a comentarios, que ofendieron a las organizaciones médicas, sumado a un contexto histórico de múltiples protestas (paro agrario). Igualmente, la visión de un nuevo sistema de salud, dejando de lado el enfoque mercantilista y economicista tradicional del ministerio, motivó a distintas organizaciones médicas a protestar frente al proyecto de ley ordinario 210. El periodo pre electoral generó en los miembros de la Cámara de Representantes una dilatación progresiva del debate a tal punto que no se dio y finalmente se archivó. Aunque las organizaciones médicas, unas más que otras, participaban más o menos activas, el papel de la Gran Junta Médica Nacional fue clave en favorecer un espacio de reunión de distintas organizaciones de este tipo.

El hecho de consolidar una Gran Junta Médica Nacional permitió a distintos líderes encontrarse y apoyar mutuamente la movilización. También vale la pena resaltar que, de todos los artículos, el que más intrigó a las organizaciones médicas, fue el que planteaba reformar la formación educativa de los médicos residentes. No solo generó molestia en el sector de médicos especialistas, sino que involucró otro actor como fueron las universidades, las cuales al ver que los hospitales podrían formar especialistas veían con amenaza esta propuesta. De todos los artículos contenidos en este proyecto de ley ordinario, el que hablaba de la formación de residentes fue el primero en caer, pero, aunque se realizó esta modificación por parte del gobierno, la movilización era inminente. Otro factor para tener en cuenta fue la mediatización de la crisis de la salud, múltiples artículos de prensa fueron publicados mencionando este problema y las organizaciones médicas encontraron un espacio para expresar su molestia. La confluencia de intereses, tales como los del sector educativo a

través de las universidades, organizaciones médicas, inclusive las mismas EPS (a través de ACEMI) quienes vieron amenazado su nicho de trabajo, todos estos actores fueron críticos a la reforma de ley ordinaria 210. El ministro de Salud, Alejandro Gaviria, reconoció en entrevista con el autor de este trabajo que en mirada retrospectiva veía que no era una buena reforma y consideraba que lo mejor fue que se hundiera, pero este reconocimiento estaba ligado al factor estratégico del ministerio de salud. Es decir, que no existió por parte del funcionario la referencia a la existencia de una falla de raíz en el modelo de aseguramiento actual, sino que planteó que el error en la reforma se centró en comprender múltiples puntos que afectaron los intereses de distintos grupos sociales.

Las organizaciones médicas influyen en el desarrollo de reformas sanitarias, mirando este caso, siempre que exista una confluencia de intereses con otras organizaciones (como lo sucedido con el paro agrario) para unir fuerzas. Aún falta unión por parte del sector médico y los sucesos ocurridos en el 2013 son un ejemplo por tomar si desean liderar procesos en materia de política pública en salud. Esta investigación se enfocó en un análisis a los actores pertenecientes a las principales organizaciones médicas, específicamente la Gran Junta Médica Nacional, por ello se escapan otros elementos cruciales como fue la participación del sector educativo y otras organizaciones como las EPS e incluso los hospitales y clínicas. Considero como un proyecto a emprender en el futuro, a través de un doctorado, contemplar el análisis de estas organizaciones que son parte del campo de la salud y del proyecto de ley estatutaria. Aunque el proyecto de ley estatutario en salud fue mencionado, no fue objeto de análisis en esta investigación. Investigaciones académicas que analicen la construcción del proyecto de ley estatutario en salud es un tema relevante para el sector y podría brindar luces sobre el rol de los médicos en el desarrollo de políticas públicas en salud. La razón para

analizar la ley estatutaria radica en la condicionalidad financiera que quería implementar el gobierno en ese proyecto y que fue corregido por parte de la corte constitucional. Además, aunque esta ley fue aprobada no se logró ninguna transformación al modelo del sistema de salud colombiano. Por lo anterior es que vale la pena estudiar este caso en un futuro próximo.

Esta investigación, a través de un estudio de caso, ilustra la influencia que tuvieron las organizaciones médicas frente a un proyecto de ley que pretendía reformar el sistema de salud colombiano. La influencia se ve reflejada en la progresiva desarticulación del proyecto de ley, precisamente el primer artículo en caer fue el referido a la formación de residentes médicos por parte de hospitales universitarios. La influencia se hizo presente con las dilataciones presentadas en los debates en la Cámara de Representantes y la mediatización del tema a través de la prensa, a tal punto que el proyecto terminó congelado y archivado.

Por todo lo mencionado en los anteriores capítulos es que podemos concluir que existe una influencia de las organizaciones médicas, pero está sujeta a la articulación con otras organizaciones de la sociedad civil y a las coyunturas históricas donde se presentan ventanas de oportunidades para actuar. Es precisamente aquí donde el trabajo teórico desarrollado por Kingdon y Bourdieu se conectan, al relacionar la teoría de campos con unos agentes que luchan por el poder y la articulación entre los momentos históricos dados para abrir una ventana de oportunidad que favoreció que estos agentes o actores socio-políticos se comportaran también como emprendedores de política pública para frenar el desarrollo de este proyecto de ley ordinario de salud.

ANEXOS

Lista de entrevistados

Nombre Completo	Institución	Fecha	Lugar de entrevista
Alejandro Gaviria Uribe	Actual Ministro de Salud y Protección Social	Jueves 22 de junio de 2017 10:00 am	Despacho del Ministro de Salud y Protección Social
Fernando Ruiz Gómez	Ex Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios	Jueves 22 de junio de 2017 4:00 pm	Centro Internacional de Bogotá
Juan Mendoza Vega	Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina	Jueves 22 de junio de 2017 2:00 pm	Academia Nacional de Medicina
María Clemencia Mayorga Ramírez	Miembro de la Federación Médica Colombiana	Lunes 31 de julio de 2017 11:00 am	Comunicación telefónica
Carolina Corcho Mejía	Ex presidente de la Asociación Nacional de Internos y Residentes	Lunes 28 de marzo de 2017 2:00 pm	Comunicación telefónica
Marcela Vélez	Profesora de la Facultad de Medicina en la Universidad de Antioquia	Martes 27 de junio de 2017 2:00 pm	Comunicación telefónica

BIBLIOGRAFIA

Agencias, R. de E. P. y. (2013, August 24). Paro Nacional ya genera impacto social, de salud y económico en Colombia. *El País*. Retrieved from www.elpais.com.co

Ambito Juridico. (2013). Ley estatutaria vs. ley ordinaria. Retrieved November 2, 2017, from <https://www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/Educacion-y-Cultura/noti-130516-13-ley-estatutaria-vs-ley-ordinaria>

Arboleda, J. C. (2012a, January). Sistema de salud colombiano sigue en crisis. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Arboleda, J. C. (2012b, October). Contraloría contravirtió estudio de Fedesarrollo. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Arboleda, J. C. (2012c, October). Estudio de Fedesarrollo reaviva discusión sobre sostenibilidad del sistema de salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Arboleda, J. C. (2012d, October). Ley estatutaria, insumo para cambio de fondo en salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Arboleda, J. C. (2014, March). Con reforma a salud empantanada, empieza el “Plan B.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Asa Cristina Laurell. (1992). *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. (Friedrich Ebert Stiftung, Ed.) (1st ed.). Ciudad de Mexico: Friedrich Ebert Stiftung. Retrieved from

https://books.google.com.co/books/about/Estado_y_políticas_sociales_en_el_neoli.html?id=3V5EAAAACAAJ&redir_esc=y

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (2013a). Carta al Presidente Juan Manuel Santos Calderón. Retrieved March 14, 2017, from [http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/13_10_22 - Radicado carta al Presidente Santos.pdf](http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/13_10_22_-_Radicado_carta_al_Presidente_Santos.pdf)

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (2013b). Comunicado a la Opinión Pública. Retrieved March 14, 2017, from [http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/BOLETINES/Comunicado ACSC.pdf](http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/BOLETINES/Comunicado_ACSC.pdf)

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (2013c). Comunicado de Prensa. Retrieved October 14, 2017, from [http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/13_10_292 - ACSC - Comunicado.pdf](http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/13_10_292_-_ACSC_-_Comunicado.pdf)

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. (2013d). Comunicado No. 037 - Presidentes. Retrieved March 14, 2017, from http://www.scp.com.co/pdf/comunicado_037.pdf

Asociación Médica Sindical Colombiana. (n.d.). Quienes somos: ASMEDAS. Retrieved November 5, 2017, from <http://asmedasantioquia.org/institucional/quienes-somos>

Asociación Nacional De Internos Y Residentes. (n.d.). Quienes somos: ANIR. Retrieved November 5, 2017, from <http://www.anir.org.co/quienes-somos/>

Ball, R. M. (1995). What Medicare's architects had in mind. *Health Affairs (Project Hope)*,

14(4), 62–72. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.4.62>

Banco Mundial. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. *Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. Pan American Sanitary Bureau*, 103(6), 1–9. Retrieved from [http://iris.paho.org/xmlui/browse?value=Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana \(OSP\);103\(6\),dic. 1987&type=serie](http://iris.paho.org/xmlui/browse?value=Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);103(6),dic. 1987&type=serie)

Barros, M. . (1996). Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciencia E Saude Coletiva*, 1, 5–17.

Belmartino, S., & Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985* (1st ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6270

Blendon, R. J., Brodie, M., Benson, J. M., Altman, D. E., & Buhr, T. (2006). Americans ' Views of Health Care Costs , Access , and Quality. *The Milbank Quarterly*, 84(4), 1–26. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00463.x>

Borrero-ramírez, Y. E. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 10(52), 62–82.

Borrero-Ramírez, Y. E., & Echeverry-López, M. E. (2014). Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. *Gerencia Y Políticas de Salud*, 13(26), 76–89. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.bins>

Borrero, Y. E., & Echeverry, M. E. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública*,

31(2), 354–364. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030714>

Borrero Ramírez, Y. E. (2014). *Luchas por la salud en Colombia*. (Sello Editorial Javeriano, Ed.) (Primera). Cali: Sello Editorial Javeriano.

Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*. (Editorial Gedisa, Ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.

Bourdieu, P. (2002). *Lección sobre la lección*. (Editorial Anagrama, Ed.). Barcelona: Editorial Anagrama.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. (Siglo XXI Editores, Ed.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una Antropología Reflexiva*. (Editorial Grijalbo, Ed.) (1st ed.). Mexico: Editorial Grijalbo.

Calderón, D. (2012, April 2). “Si hay que intervenir EPS, así se hará”: Beatriz Londoño. *El Espectador*. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Si hay que intervenir EPS, así se hará, Beatriz Londoño.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Si_hay_que_intervenir_EPS,_as%C3%AD_se_har%C3%A1,_Beatriz_Londo%C3%B1o.aspx)

Castrillón, M. C., Ariza, G. R., & Yepes, Á. L. (1999). La Profesión Médica en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 16(2), 50–67.

Chapin, C. F. (2010). The American Medical Association, Health Insurance Association of America, and Creation of the Corporate Health Care System. *Studies in American Political Development*, 24(2), 143–167. <https://doi.org/10.1017/S0898588X10000052>

Científicas, A. C. de S. (n.d.). Historia de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Retrieved November 5, 2017, from <http://www.sociedadescientificas.com/home.php?id=3>

- Colombiana, F. M. (n.d.). Historia Federación Médica Colombiana. Retrieved November 5, 2017, from <http://www.federacionmedicacolombiana.org/?q=node/656>
- Colombiano, C. M. (n.d.). ¿Quiénes somos? Retrieved November 5, 2017, from <https://www.colegiomedicocolombiano.org/index.php/quienes-somos>
- Congreso Visible. (2017). Tipos de leyes y tipos de mayorías. Retrieved November 2, 2017, from <http://www.congresovisible.org/democracia/congreso/funciones/leyesy mayorias/>
- Constituyente, A. N. (1991). *Nueva Constitución Política de Colombia* (1st ed.).
- Corcho, C. (2013). Los pájaros disparándole a las escopetas. Retrieved October 16, 2017, from <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0373/articulo10.html>
- Corning, P. A. (1969). *The Evolution of Medicare: from Idea to Law*. U.S. Social Security Administration, Office of Research and Statistics. Retrieved from <https://books.google.com.co/books?id=G-tPOQHCPVUC>
- Correa, P. (2013, October 12). Víctimas de las roscas. *El Espectador*. Bogotá. Retrieved from <https://www.elespectador.com/node/452038>
- Corte Constitucional de Colombia. (2014). Comunicado No 21: “Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.” Retrieved November 8, 2017, from http://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.21_comunicado_29_de_mayo_de_2014.pdf
- Editorial Boletín Principio Activo. (2013). Razones para oponerse a la reforma a la salud del ministro Gaviria. *Boletín Principio Activo - Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia*, 1–32.

Elhospital.com. (2013). Colombia: el futuro de una reforma a la salud rechazada por médicos y pacientes. Retrieved March 10, 2017, from <http://www.elhospital.com/temas/Colombia,-el-futuro-de-una-reforma-a-la-salud-rechazada-por-medicos-y-pacientes+8095713?pagina=1>

ElPais.com.co. (2013, October 29). Médicos y personal de la salud marchan en todas las ciudades contra Reforma a la Salud. *El País*. Retrieved from <http://www.elpais.com.co/colombia/medicos-y-personal-de-la-salud-marchan-en-todas-las-ciudades-contra-reforma-a-la-salud.html>

Espectador, R. S. de El. (2013, October 24). Médicos convocan marcha en rechazo a la reforma de la salud. *El Espectador*. Retrieved from www.elespectador.com

Fleury, S., Belmartino, S., & Baris, E. (2000). *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre. Retrieved from <http://www.idrc.ca/booktique>

Foucault, M. (1974). Historia de la medicalización. In *Curso de Medicina Social* (p. 25). Rio de Janeiro: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>

Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. *Profession of Medicine* (Primera). University of Chicago Press. <https://doi.org/10.2307/2948458>

Gaviria Uribe, A. (2013). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley “ Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones .”*

Bogotá.

González, V. (2012). Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(3), 338–346. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=12025369001>

González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. (CSIC, Ed.). CSIC Press.

Gran Junta Médica Nacional. (2013). Carta al Presidente del Senado de la República. Retrieved March 14, 2017, from http://acmfr.org/wp-content/uploads/2013/09/Gran-Junta-Médica-Nacional_-Carta-al-Presidente-del-Senado_-Sept-10-de-2013.pdf

Guerra Manzo, E. (2010). Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias : los conceptos de campo social y habitus. *Estudios Sociologicos*, 28(83), 383–409. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820673003>

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(122), 12.

Guzmán, H. (2012a, June). Sistema de la Ley 100 “se rajó” en Talento Humano en Salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2012b, July). Acemi cuestiona modelo de salud medicalizado. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2012c, July). “Estamos mejor que hace 22 meses.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

- Guzmán, H. (2012d, July). “No hay necesidad de EPS”: FMC. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2012e, July). Revisar el modelo de salud pide la Contralora. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2012f, July). “Suprimir la intermediación”: Academia Nacional de Medicina. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2012g, October). Ministro de salud ratificó medidas ante crisis de la salud. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2012h, November). Salud: otra vez a debate en el Congreso. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2012i, November). “Unificar proyectos de ley estatutaria que eliminan intermediación.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2013a). “En Colombia no hay crisis de salud pública ni de prestación de servicios”: Ministro Gaviria. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2013b, February). Destaca Ministerio de Salud Asesoría de BID y Banco Mundial a reforma en salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2013c, February). “Reforma parte de creer que problema de salud es financiero.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2013d, April). “EPS, seguir si hay que seguir o salir si hay que salir”: Acemi. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Guzmán, H. (2013e, April). “Fondo único blindado contra la corrupción.” *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013f, April). “Las EPS saldrían por iniciativa propia”: Academia de Medicina.

El Pulso. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013g, April). “Que las EPS no huelan dinero”: Federación Médica

Colombiana. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013h, April). “Si como EPS no somos útiles, díganos cómo nos vamos”:

Salud Total. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013i, May). “Las EPS no tenemos proyecto de ley alternativa”: Acemi. *El*

Pulso. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013j, September). Acemi apoya críticamente a Salud Mía. *El Pulso*. Retrieved

from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013k, September). “En riesgo la viabilidad financiera de las EPS.” *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013l, October). ¡Que continúe! ¡Que se aplace! Reforma a salud en medio de

vaivenes. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2013m, November). Gobierno aclara 5 mitos sobre reforma a salud. *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2014a, June). Corte declaró exequible Ley Estatutaria en Salud. *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Guzmán, H. (2014b, June). “Una ley con muchos dientes”: Acemi. *El Pulso*. Retrieved from

www.periodicoelpulso.com

- Henao, S. (2011). Percepción de algunos actores del sistema de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica en Medellín-Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), 34–44. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000100005
- Hernández Álvarez, M. (2003a). El Enfoque Sociopolítico Para El Análisis De Las Reformas Sanitarias En América Latina* Introducción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 228–35. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu06303.pdf>
- Hernández Álvarez, M. (2003b). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In Dario Indalecio Restrepo Botero (Ed.), *La falacia neoliberal: crítica y alternativas* (1st ed., p. 523). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Retrieved from https://books.google.com.co/books/about/La_falacia_neoliberal.html?id=mnXnXHCTm-0C&redir_esc=y
- Hernández Delgado, R. (2013). La positividad del poder: la normalización y la norma. *Teoría Y Crítica de La Psicología*, (3), 81–102.
- Howlett, M., McConnell, A., & Perl, A. (2015). Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*, 54(3), 419–434. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12064>
- Immergut, E. M. (1990). Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*, 10(4), 391. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00006061>

- Immergut, E. M. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge University Press. Retrieved from <https://books.google.com.co/books?id=KKNOAAAIAAJ>
- Johnson, T., Larkin, G., & Saks, M. (2005). *Health professions and the state in Europe*. (T. Johnson, G. Larkin, & M. Saks, Eds.). London: Taylor & Francis e-Library.
- Jost, T. (2007). *Health Care at Risk: A Critique of the Consumer-Driven Movement*. Duke University Press. Retrieved from <https://books.google.com.co/books?id=D4-2rG9fiMAC>
- Jurídico, R. A. (2013). Consejo de Estado anula prima de salud para congresistas. Retrieved March 15, 2017, from www.ambitojuridico.com/BancoConocimiento/Administrativo-y-Contratacion/noti20130903-16-consejo-de-estado-anula-prima-de-salud-para-congresistas
- Kingdon, J. (2011). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Segunda). Harlow: Pearson Education Limited. <https://doi.org/10.3886/ICPSR28024.v1>
- Larson, M. S. (2013). *The Rise of Professionalism: Monopolies of competence and sheltered markets*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, No. 353*, (353), 1–32.
- Martinez, A. E. (2013, September). “Los engaños de la ley ordinaria”: Ansa. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

McGlynn, F. D., & McClaren, H. A. (1975). Components of desensitization in modification of fear among genuinely fearful subjects. *Psychological Reports*, 37(3 Pt 1), 959–69. <https://doi.org/10.2466/pr0.1975.37.3.959>

Medicina, A. N. de. (n.d.). Historia de la ANM. Retrieved November 5, 2017, from <http://anmdecolombia.net/index.php/la-academia/historiaanm>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012a). “Debemos hacer una revisión profunda a la integración vertical” Minsalud [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Debemos_hacer_una_revisi3n_profunda_a_la_integraci3n_vertical_Mi...

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012b). Empresas Promotoras de Salud se reducirán pero no se acabarán [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Empresas_Promotoras_de_Salud_se_reducir3n_pero_no_se_acabar3n.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012c). “Estamos dispuestos a participar en la discusión de aportes para Ley Estatutaria” Minsalud. Retrieved March 17, 2017, from https://www.minsalud.gov.co/Paginas/“Estamos_dispuestos_a_participar_en_la_discusi3n_de_aportes_para...

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012d). Gobierno radicará Proyecto de Ley Estatutaria de salud en dos semanas [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/GobiernoradicaraProyectedeLeyEstatutariadesaludendossemanas.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012e). “Hacemos todo lo posible para que el Plan de Beneficios quede unificado este año”: Minsalud [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Trabajamos%2520arduamente%2520para%2520que%2520el%2520Plan%2520de%2520Beneficios%2520para%2520toda%2520la%2520poblaci%2520C...>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012f). MinSalud se declara dispuesto a dar debate sobre ley estatutaria a la salud [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSaludsedeclaradispuesto%25%0A20dardebatesobreleyestatutariaalasalud.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012g). “Nadie quiere acabar con la tutela en este país” MinSalud [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nadiequiereacabarconlatutelaenestepais.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012h). Se posesionó la ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto [Boletín de prensa]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Seposesion%25%0AC3%25B3laministradeSaludyProtecci%25%0AC3%25B3nSocial,%0ABeatrizLondo%25%0AC3%25B1oSoto.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Acuerdo para crear nueva institucionalidad para formación de especialistas [Boletín de prensa No 386 de 2013]. Retrieved March

19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/formacionespecialistas.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Agenda reformista apunta a solucionar problemas del sistema de salud [Boletín de prensa No 251 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Agendasolucionarsalud.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013c). Colombianos cuentan con Ley que garantiza derecho fundamental a la salud [Boletín de prensa No 186 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/aprobadaestatutariadesalud.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013d). Comenzó debate del Proyecto de Ley que redefine el sistema de salud de los colombianos [Boletín de prensa No 171 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ComenzodebateProyectodeLey.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013e). Comisión Séptima aprobó en primer debate ley ordinaria de salud [Boletín de prensa No 176 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Septimaaproboenprimerdebate.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013f). Comisión Séptima avanza con paso firme en aprobación de nuevo modelo de salud [Boletín de prensa No 172 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ComisionSeptimaavanza.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013g). “Con Salud Mía enmendaremos errores históricos del sistema”: MinSalud [Boletín de prensa No 365 de 2013]. Retrieved March

19, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/SaludMIAenmendaremoserrores.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013h). “El camino a seguir es mejorar esta reforma”: Ministro de Salud [Boletín de prensa No 414 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/mejorarrefirmabarranquilla.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013i). “El objetivo de la reforma es la gente no los agentes”: MinSalud [Boletín de prensa No 102 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Elobjetivodelareformaesla%25%0A20gente.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013j). En las tres audiencias públicas del eje cafetero hubo voces de mejora a la reforma: MinSalud [Boletín de Prensa No 401 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/reformaejecafetero.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013k). “Estamos empeñados en reconocer los logros, pero también en ver que los retos demandan cambios normativos de fondo” Ministro de Salud [Boletín de prensa No 014 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estamosempe%25%0AC3%25B1adosenreconocerloslogros.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013l). Gobierno advierte que servicio médico no puede ser interrumpido durante un paro [Boletín de prensa No 254 de 2013]. Retrieved

March 19, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobiernomediconointerrumpidoparo.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013m). Gobierno se la juega a fondo por la ley estatutaria de salud [Boletín de prensa No 124 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobiernoselajuegaleyestatutaria.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013n). Gobierno trabaja en ajustes de fondo al Proyecto de Ley Estatutaria [Boletín de prensa No 101 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/GobiernotrabajaenajustesdefondoalProyectedeLeyEstatutaria.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013o). Hacia el fortalecimiento del talento humano en salud y los hospitales universitarios [Boletín de prensa No 371 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/talentohumanoensalud.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013p). “La reforma devuelve la rectoría del Sistema de Salud al Estado colombiano”: Norman Julio Muñoz [Boletín de prensa No 372 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/reforma devuelve la rectoría del Sistema.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/reforma%20devuelve%20la%20rectoria%20del%20Sistema.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013q). La reforma es una ventana de oportunidad para mejorar el sistema de salud [Boletín de prensa No 420 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/reformaesunaventana.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013r). “Las audiencias públicas de la reforma a la

salud tienen mucho valor”, MinSalud [Boletín de prensa No 399 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/audienciaspublicaspereira.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013s). Ley ordinaria es descentralizadora al darles herramientas a alcaldes y gobernadores para actuar en salud [Boletín de prensa No 099 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Leyordinaria.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013t). Lista ponencia para Ley Ordinaria de Salud [Boletín de prensa No 158 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/LeyOrdinariadeSalud.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013u). Ministro Gaviria se pronuncia sobre trámite de Ley Estatutaria de Salud [Boletín de prensa No 148 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ley estatutaria de salud.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ley%20estatutaria%20de%20salud.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013v). MinSalud insta a Senadores a que voten reforma a la salud [Boletín de prensa No 329 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSaludinstaSenadoresvoten%25%0A20reforma salud.%0A.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSaludinstaSenadoresvoten%25%0A20reforma%20salud.%0A.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013w). “No hay que caer en la desesperanza”, MinSalud [Boletín de prensa No 292 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/crisissistemasalud.%0A.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013x). “No queremos atropellar el proyecto de

ley, pero la reforma es urgente y se debe tramitar”: MinSalud [Boletín de prensa No 397 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Noqueremosatropellarproyectedeley.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013y). No se ha entendido la reforma: MinSalud [Boletín de prensa No 364]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reformasaludentrevistateleantioquiaministrogaviria.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013z). “No vamos a acabar con la tutela; y si nos tenemos que sentar a redactar juntos, lo hacemos”: MinSalud [Boletín de prensa No 096 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Novamosaacabarconlatutela.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013aa). Por protestas sociales, pacientes renales crónicos de Boyacá no reciben diálisis [Boletín de prensa No 284 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PorprotestassocialespacientesrenalescronicosdeBoyacanorecibendialisis.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013ab). Presidente Santos y Ministro Gaviria radicaron Proyecto de Reforma a la Salud [Boletín de prensa No 063 de 2013]. Retrieved March 17, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reformasalud2.%0Aaspx>

1

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013ac). Seis son los retos del Ministerio de Salud en materia de talento humano en salud [Boletín de prensa No 320 de 2013]. Retrieved

March 19, 2017, from
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/SeissonretosMinisterio.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013ad). Senado aprueba que gerentes de hospitales sean elegidos por alcaldes y gobernadores [Boletín de prensa No 356 de 2013]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/senadoapruebaalcaldesgobernadoreselijangerenteshospitales.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Ley estatutaria de salud, sometida a control en Corte Constitucional, es importante para el futuro del sistema [Boletín de prensa No 28 de 2014]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Leyestatutariadesalud,%0AsometidaacontrolenCorteConstitucional,%0Aesimportanteparaelfuturodelsistema.%0Aaspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). MinSalud invita a Comisión Séptima de Cámara a retomar trámite de proyecto de ley de reforma al sector [Boletín de prensa No 054 de 2014]. Retrieved March 19, 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSaludinvitaaComisi%25%0AC3%25B3nS%25%0AC3%25A9ptimadeC%25%0AC3%25A1maraaretomartr%25%0AC3%25A1mitedeprojectodel...>

Morales, F. R. (2015). La Gran Estrategia de Estados Unidos : en busca de las fuentes doctrinales de las políticas de seguridad internacional de los gobiernos estadounidenses, *2015*(83), 1–23.

Moreno Agudelo, K. (2013, December 10). La protesta que se le “enredó” a los médicos. *El*

Espectador. Retrieved from <https://www.elespectador.com/noticias/salud/protesta-se-le-enredo-los-medicos-articulo-463348>

Muñoz, O. L. (2012a, February). POS provisional: apenas para sortear crisis en la salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2012b, July). 8 exministros de Salud piden reforma estructural del sistema. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2012c, July). “No podemos hacer borrón y cuenta nueva”: Minsalud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2012d, July). Órganos de control exigen cambio de sistema. *El Pulso*.

Muñoz, O. L. (2012e, October). El recibo al ministro Alejandro Gaviria. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2012f, November). Cómo financiar la salud... ¿a eso quieren reducir la cuestión? *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2013a, January). “Sistema de salud tendrá dos reformas en 2013”: MinSalud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2013b, February). ¿Se resolverá crisis en salud por decreto, con nueva ley? *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2013c, April). Redefinición del sistema de salud: ¿mejorará, empeorará o quedará igual? *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Muñoz, O. L. (2013d, July). “Ley Estatutaria tiene el objetivo claro de limitar la tutela”: Contraloría. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

- Muñoz, O. L. (2013e, November). Los puntos clave aprobados en la redefinición del sistema de salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2010). Ranking 37th — Measuring the Performance of the U.S. Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 362(2), 98–99. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0910064>
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State, and Utopia*. Basic Books.
- Ocampo, P. (2012, October). Propuestas de cambio de ACHC. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Oficina de Comunicaciones, I. y P. A. A. (2013a). ASMEDAS Antioquia se pronuncia sobre el Proyecto de Ley Ordinaria en Salud aprobada por el Senado [Comunicado de Prensa]. Retrieved March 14, 2017, from <http://asmedasantioquia.org/momento-medico/comunicados/5902-asmedas-antioquia-se-pronuncia-sobre-el-proyecto-de-ley-ordinaria-en-salud-aprobada-por-el-senado#>
- Oficina de Comunicaciones, I. y P. A. A. (2013b). Gran protesta nacional de Blusas Blancas [Comunicado de Prensa]. Retrieved March 14, 2017, from <http://asmedasantioquia.org/momento-medico/comunicados/5896-gran-protesta-nacional-de-blusas-blancas#>
- Oficina de Comunicaciones, I. y P. A. A. (2013c). Más de diez mil personas marcharon ayer en Medellín [Comunicado de Prensa]. Retrieved March 14, 2017, from <http://asmedasantioquia.org/momento-medico/comunicados/5913-mas-de-diez-mil-personas-marcharon-ayer-en-medellin#>
- Parra, S. P. (2012a, October). Discusiones sobre proyecto de ley estatutaria de la U. *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Parra, S. P. (2012b, October). “Sólo con evidencia no vamos a cambiar esto.” *El Pulso*.

Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Patiño Restrepo, J. F. (2014). *Pensar la medicina* (Primera ed). Bogota: Universidad Nacional de Colombia.

Quadagno, J. (2004). Why the United States has no national health insurance: stakeholder mobilization against the welfare state, 1945--1996. *Journal of Health and Social Behavior*, 45 Suppl(2004), 25–44. <https://doi.org/10.2307/3653822>

Quevedo, E., Hernández, M., Cortés, C., & Eslava, J. C. (2013). Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Revista Ciencias de La Salud*, 11(3), 295–321. <https://doi.org/10.12804/rcs.v11i3.2789>

Radio, C. (2013). Marcha de batas blancas por la salud en Medellín. Retrieved March 10, 2017, from http://caracol.com.co/radio/2013/11/06/regional/1383718800_009027.html

Redacción Blu Radio. (2013). La marcha de las “batas blancas” y las voces en contra de la reforma a la salud. Retrieved March 10, 2017, from <https://www.bluradio.com/46935/la-marcha-de-las-batas-blancas-y-las-voces-en-contra-de-la-reforma-la-salud>

Redacción de Justicia. (2015, March 13). Corte Suprema prohíbe huelgas de funcionarios de la salud. *El Tiempo*. Retrieved from <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15393615>

- Redacción El Pulso. (2012a, June). “Que la sociedad civil cambie el sistema de salud”, propone ACHC. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2012b, September). Proyecto de Ley Estatutaria en Salud de la CSR y la Alianza Nacional. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2012c, November). Otra “reforma” navideña. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2013a, February). “Sí hay crisis en salud pública y en prestación de servicios, Señor Ministro.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2013b, March). ¿Qué motivó la propuesta de reforma al sistema de salud? *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2013c, March). Propuesta de reforma a sistema de salud: Fondo único, EPS no intermediarias, POS ampliado, áreas de gestión sanitaria y más control. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2013d, December). Expectativa por futuro de reforma al sistema de salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Pulso. (2014, January). En marzo continuará debate de redefinición del sistema de salud. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Redacción El Tiempo. (2013, October 30). Unas 3.500 personas protestaron en Bogotá contra reforma a la salud. *El Tiempo*. Retrieved from <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13149953>
- Redacción Revista Dinero. (2012a, February 8). La salud no necesita más cambios

constitucionales. *Revista Dinero*. Retrieved from www.dinero.com

Redacción Revista Dinero. (2012b, February 28). Reforma a la salud ignora a los pacientes. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2012c, September 25). EPS no manejarán recursos ni prestarán salud. *Revista Dinero*. Retrieved from www.dinero.com

Redacción Revista Dinero. (2012d, October 3). Listo uno de los tratamientos para el sistema de salud. *Revista Dinero*. Retrieved from www.dinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013a, February 21). El Quemadero. *Revista Dinero*.

Redacción Revista Dinero. (2013b, February 25). Casi listo el remedio para el sistema de salud. *Revista Dinero*.

Redacción Revista Dinero. (2013c, February 25). No a la tutela para acceder a la salud. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013d, February 26). Reforma a la salud: hasta no ver no creer. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013e, March 14). El terreno escabroso de la reforma a la salud. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013f, March 16). Dos grandes reformas moverán al Congreso. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013g, April 4). Salud, dinero y... votos. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013h, April 9). ¿Un nuevo proyecto de reforma a la salud?

Revista Dinero.

Redacción Revista Dinero. (2013i, May 29). Minsalud presiona para que se apruebe

Reforma. *Revista Dinero.* Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013j, June 22). ¿El fin de los ‘paseos de la muerte’? *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013k, June 26). Diagnóstico reservado. *Revista Dinero.*

Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013l, July 5). Ley estatutaria no es remedio. *Revista Dinero.*

Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013m, July 8). Plata para la salud. *Revista Dinero.* Retrieved

from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013n, August 8). “Nadie invierte en el caos.” *Revista Dinero.*

Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013o, September 27). La reforma que no avanza. *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013p, October 8). Médicos a consulta. *Revista Dinero.*

Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013q, October 9). La endulzada a los congresistas. *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013r, October 10). Futuro de la salud a “pupitrazo.” *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013s, October 15). Así avanza debate de reforma a la salud.

Revista Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013t, October 18). ¿Qué se aprobó en la reforma a la salud?

Revista Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013u, October 22). ¿Qué va a pasar con las EPS? *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013v, October 29). ¿Por qué paran los médicos? *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013w, November 7). Reforma a la Salud, ¿Un disfraz? *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013x, November 20). Todos son enemigos de la Reforma a la

Salud. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2013y, November 21). ¿El peor panorama sería sin Reforma?

Revista Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2014a, June 4). Se hunde reforma ordinaria a la salud. *Revista*

Dinero. Retrieved from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2014b, July 3). División por la salud. *Revista Dinero*. Retrieved

from www.revistadinero.com

Redacción Revista Dinero. (2014c, July 9). Reforma a la salud no va más. *Revista Dinero*.

Retrieved from www.revistadinero.com

- Redacción Revista Dinero. (2014d, September 4). Llenos de dudas. *Revista Dinero*. Retrieved from www.revistadinero.com
- Restrepo, J. H. (2013, January). Los riesgos de una reforma en salud a pedazos. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., & van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(3), 1–431. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24025796>
- Robledo, J. E. (2013). Reforma a la salud de Santos: ley 100 versión 2.0. Retrieved October 27, 2017, from <http://anterior.nasaacin.org/index.php/informativo-nasaacin/contexto-colombiano/5530-reforma-a-la-salud-de-santos-ley-100-version-20>
- Rodriguez, L. F. (2013a, May). “Colapso del sistema de salud demanda cambio integral, no otra reforma.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Rodriguez, L. F. (2013b, July). “EPS seguirán ‘mangoneando’ el sistema como ordenadoras del gasto.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Rodriguez, L. F. (2013c, July). “Persiste ‘muralla china’ entre el paciente y la satisfacción del servicio de salud.” *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Rodriguez, L. F. (2013d, September). Ley Estatutaria servirá de base para ley ordinaria. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- Rodriguez, L. F. (2013e, November). “Reforma a salud vulnera papel de la Universidad y no mejora formación de médicos”: Ascofame. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

- Salud, A. N. por un N. M. de. (2013). *Proyecto de Ley “ Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud .”* Bogotá. Retrieved from http://viva.org.co/attachments/article/222/Proyecto_de_ley_ordinaria_en_salud_N._233.pdf
- Semana, R. R. (2013a, October 26). ¿Es inminente un paro de la salud? *Revista Semana*. Retrieved from <http://www.semana.com/nacion/articulo/marcha-contra-la-reforma-de-la-salud/362278-3>
- Semana, R. R. (2013b, October 29). Las razones por las que marcha el sector salud. *Revista Semana*. Retrieved from <http://www.semana.com/nacion/articulo/marcha-reforma-de-la-salud/362761-3>
- Semana, R. R. (2013c, December 14). Un año de furia agraria. *Revista Semana*. Retrieved from www.semana.com
- Tavares Soares, L. (2000). *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina* (2nd ed.). Cortez.
- Toro, L. F. (2013, May). “Reforma pone énfasis en problemas legales y normativos”: ministro Gaviria. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com
- U.S. Department Of Health and Human Services. (2000). *A Profile of Medicaid. Health Care Financing Administration*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Uribe Gómez, M. (2007). Los actores del cambio en la implementación de las reformas al sistema de salud en Colombia: un análisis relacional.
- Uribe Gómez, M. (2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del

sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *The Dynamics of Actors in Health Reform Implementation in Colombia: Exclusions and Resistances (1995-2003)*, 8(17), 44–68. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=47834346&lang=es&site=ehost-live>

Uribe Gómez, M. (2017). Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(suppl 2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00112616>

Useche, B. (2015, April 13). La Reforma de Salud: Un paso adelante y 100 atrás! *Deslinde*. Bogotá. Retrieved from <http://deslinde.co/la-reforma-de-salud-un-paso-adelante-y-100-atras/>

Valdés, H. D. (2013, November). “No más remiendos legislativos sino nuevo sistema de salud”: Horacio Serpa. *El Pulso*. Retrieved from www.periodicoelpulso.com

Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J. C., Arrubla-Sánchez, D., & Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 11(23), 58–84. Retrieved from <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4458>

Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis*. (Penguin Random House, Ed.) (Primera). Bogota: Penguin Random House.

Vivir, R. (2013, October 29). Así se vivió la marcha contra la reforma a la salud. *El Espectador*. Retrieved from <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/asi-se->

vivio-marcha-contra-reforma-salud-articulo-455414

Zahariadis, N. (2007). The Multiple Streams Framework. In P. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (2nd ed., pp. 65–92). Boulder: Westview Press.