

**Reforma a la salud en Colombia, el Proyecto de ley 010 analizado a la luz del Enfoque
de coaliciones promotoras**

Víctor Javier Correa Vélez

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en
Gobierno y Políticas Públicas**

Asesor:

Mg. Carlos Andrés Olaya

Maestría en Gobierno y Políticas Públicas

Escuela de Humanidades

Universidad EAFIT

2020

Tabla de contenido

Resumen	1
Introducción.....	3
Planteamiento del problema	3
Pregunta y objetivos de la investigación	5
Hipótesis	5
1. Marco teórico.....	7
1.1 Coaliciones promotoras	7
1.2 Proceso legislativo colombiano.....	9
1.3 Sistema de salud en Colombia, marco general de análisis	11
2. El subsistema de las políticas públicas en salud de Colombia bajo el Enfoque de las coaliciones promotoras	15
2.1 Actores.....	16
2.1.1 Coalición dominante.....	16
2.1.2 Coalición externa.....	17
2.1.3 Coalición indeterminada.....	17
2.2 Proyecto de ley 010 y la expresión de los marcos de creencias de las coaliciones	18
2.2.1 Núcleo duro	19
2.2.2 Creencias relacionadas con políticas	24
2.2.3 Creencias secundarias.....	27
2.3 Recursos de las coaliciones	29
2.3.1 Coalición dominante.....	29
2.3.2 Coalición externa.....	31
3. Conclusiones. Escenarios posibles y resultado probable de la reforma a la salud en Colombia	35
3.1 Expectativas de la coalición externa.....	35
3.2 Expectativas de la coalición dominante.....	36
3.2.1 Aprobación del proyecto con modificaciones	36
3.2.2 Utilización proselitista y política del proyecto	36
3.2.3 Relación con otras políticas.....	37
3.3 Escenario más probable	37
3.4 Consideraciones finales	38

Referencias	40
Leyes.....	42
Sentencias	43
Proyectos de ley.....	43
Anexos	43

Índice de gráficos

Gráfico 1. Diseño propuesto de pluralismo estructurado	13
--	----

Resumen

La pandemia del COVID-19 ha incidido en un nuevo agendamiento del debate sobre el sistema de salud colombiano, que durante los 27 años de expedición de la Ley 100, que lo definió, ha sido altamente interpelado y cuestionado, y ha desencadenado una movilización social casi permanente, sin que esto se refleje hasta la fecha en transformaciones de la estructura del sistema o en cambios del modelo de salud. Este trabajo analiza el subsistema de políticas de salud de Colombia y su comportamiento en medio del debate sobre el Proyecto de Ley 010 –radicado en el Congreso de la República en 2020–, proyectando los escenarios posibles y el resultado más probable de esta reforma a la salud, impulsada por la coalición dominante. Para ello, se utiliza el enfoque de las coaliciones promotoras propuesto por Paul Sabatier, describiendo el subsistema de políticas de salud desde sus actores, sus creencias y sus recursos.

Se proyectan, además, los distintos escenarios para los cambios en la política, desde las expectativas de los actores de las coaliciones, sus recursos disponibles y su despliegue; concluyendo que el proyecto sufrirá algunas modificaciones, principalmente en asuntos relacionados con el núcleo de políticas y de creencias secundarias; que será utilizado como bandera proselitista y, probablemente, verá su primer debate en esta legislatura, en medio de protestas impulsadas por la coalición externa.

Palabras claves: Salud, derecho a la salud, Colombia, pandemia, legislación, reforma legal, instituciones políticas.

Abstract

The COVID 19 pandemic has once again scheduled the debate on the Colombian health system, which during the 27 years of the Law 100th expedition, that defined it, has been highly challenged, questioned and triggered by an almost permanent social mobilization, without this being reflected to date in transformations of the system's structure or changes in the health model. This work analyzes the health subsystem and its behavior in the midst of the debate on bill 010 settled in 2020 in the Congress of the Republic, projecting the most likely scenarios of this health reform promoted by the dominant coalition. Thus, we use the Promoting-coalitions-approach proposed by Sabatier, we describe the subsystem from its actors, beliefs and resources.

In addition, the different scenarios for changes in politics are projected from the coalition actors expectations, their available resources and their deployment; concluding that the project will undergo some modifications, mainly in matters related to the nucleus of policies and secondary beliefs; which will be used as a proselytizing flag and will probably see its first debate in this legislature, among protests promoted by the external coalition.

Key Words: Health, Right to health, Colombia, Pandemic, Legislation, Law reform, Political institutions

Introducción

En sus cerca de 27 años de existencia, el actual sistema de salud colombiano, creado por la Ley 100 de 1993, ha permanecido relativamente invariable, pese a ser objeto de una viva e intensa movilización social que reclama cambios en su estructura (Álvarez y Hawkins, 2018). Durante 2020, este sistema ha vuelto a estar bajo debate e intento de reforma, dada la crisis generada por la pandemia del COVID-19, produciendo una movilización de todos los actores relacionados con las políticas públicas en salud al interior del país.

Para analizar tal proceso, este trabajo de grado ubica, desde el Enfoque de coaliciones promotoras (ECP) propuesto por Weible y Sabatier (2017), los subsistemas de políticas en salud de Colombia, sus marcos de creencias, la manera en que utilizan los procesos relativamente estables, como lo es el proceso legislativo; y propone una lectura sobre el papel que las distintas coaliciones asumirán ante lo que llamaría Kingdon (2010) una ventana de oportunidad, que ha sido abierta por la pandemia y ha llevado a la agenda decisonal el debate sobre las transformaciones del sistema de salud, en particular, a través del Proyecto de ley 010 de 2020 (Anexo 1), presentado por la coalición del gobierno.

Así, la investigación es de tipo cualitativo, centrada en la interpretación y la confrontación entre un marco teórico y conceptual definido (el Enfoque de coaliciones promotoras) y un caso real y actual, y por eso, dinámico y sujeto a incertidumbre. El procedimiento implicó la lectura en profundidad de la propuesta del ECP, la revisión documental de leyes, proyectos de ley, sentencias de la Corte constitucional y demás documentos de orden jurídico; además, se consultaron fuentes periodísticas de último momento y se recogieron opiniones de expertos, dada la actualidad del tema. A medida que esto se iba realizando, se generaba también un proceso personal de inmersión en la temática. Con todo ello, se iba generando de modo paralelo el análisis del subsistema de las políticas en salud en el país y se iban proyectando escenarios y resultados.

Planteamiento del problema

En Colombia, la Ley Estatutaria de salud 1751 (Congreso de Colombia, 2015) reconoce la salud como un derecho fundamental, el cual

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Cap. 1, Art. 2)

Sin embargo, los distintos ciclos de protesta (Tarrow, 1997) relacionados con el sistema de salud colombiano –tres de ellos desarrollados entre 1994 y 2010 (Echeverry y Borrero, 2015) y uno más, entre 2013 y 2014 (Semana, 2013)– han puesto en el foco del debate la incapacidad de este sistema para cumplir con lo demandado por la Ley 1751. Las falencias que señalan son: alta fragmentación y asimetrías regionales en las capacidades instaladas de los servicios de salud; coberturas disímiles entre regímenes, que dan mayor protección a poblaciones con menores riesgos; barreras de acceso de todo tipo, judicialización de la salud y debilidades marcadas de salud pública; quiebra de la red hospitalaria, explotación laboral, corrupción, entre otras.

A pesar de la intensa confrontación social a la que ha llevado esta situación, las propuestas de reforma a la salud aprobadas en el Congreso, como la Ley 1122 de 2007 o la Ley 1438 de 2011 no han modificado sustancialmente la estructura del sistema, ni han corregido muchos de sus problemas. Tampoco han salido adelante en el Congreso las propuestas impulsadas por algunos sectores, como los Proyectos de ley 105 de 2012 y 233 del 2013, presentados por la Alianza Nacional por la Salud (ANSA). Pero ahora que el debate sobre la salud ha tomado relevancia pública a causa de la pandemia del COVID-19, surgen nuevas iniciativas legislativas, como el Proyecto de ley 010 del 2020.

A favor y en contra de este proyecto, las diferentes coaliciones que actúan en el subsistema de políticas públicas en salud despliegan todas sus herramientas. Por eso, hacen de él un punto clave para ubicar las coaliciones que configuran el debate de las iniciativas de políticas en salud que cursan en el Congreso –en particular, las de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud–, describir sus marcos de creencias, sus recursos y estrategias, y su capacidad para incidir en la formulación o reformulación de las leyes en curso. Aspectos

que, una vez definidos y analizados, permiten definir cuáles serían los posibles escenarios del debate de la salud en Colombia en la presente coyuntura y aventurar una hipótesis sobre el más probable resultado de tal debate.

En esta línea, la investigación se estructura del siguiente modo: en primer lugar, el marco teórico presenta los conceptos fundamentales del Enfoque de coaliciones promotoras; luego se aborda el proceso legislativo colombiano, por su impacto sobre el éxito o fracaso de la aprobación de reformas; finalmente, se toca el tema del modelo del sistema de salud colombiano. En la segunda parte, se describen los elementos del subsistema de políticas en salud de Colombia, bajo el Enfoque de coaliciones promotoras. En la tercera parte, y a modo de conclusiones, se definen los posibles escenarios del debate y su resultado más probable.

Pregunta y objetivos de la investigación

Todos los aspectos arriba señalados se abordarán guiados por la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el resultado más probable y los posibles escenarios del debate de reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia (2020-2021), derivado de los efectos de la pandemia en Colombia, analizados desde el enfoque de coaliciones promotoras?

En esta línea, el objetivo general de la investigación es: analizar el escenario actual de la reforma a la salud en Colombia desde el enfoque de coaliciones promotoras para definir sus escenarios posibles y resultados probables. Y los objetivos específicos son: describir el subsistema de políticas en salud de Colombia. Definir los posibles escenarios del debate sobre la reforma al actual sistema de salud. Y, finalmente, plantear cuál sería el escenario más probable resultante del debate.

Hipótesis

Se considera que hay tres escenarios posibles: primero, el proyecto de ley, dado que mantiene los asuntos estructurales del sistema de salud, logra su trámite legislativo sin mayores cambios, y las propuestas alternativas se archivan o acumulan, dando pie a debates posteriores en la Corte constitucional. Segundo, el proyecto no alcanza a cursar los debates necesarios y se hunde en el proceso. Tercero, surge una propuesta alternativa que logra respaldo social y político, y termina siendo aprobada. Ahora bien, se considera que el resultado más probable es una victoria de la coalición dominante, con precarios niveles de

Reforma a la salud en Colombia, el Proyecto de ley oio analizado a la luz del Enfoque de coaliciones promotoras

organización de la coalición externa, y poca o ineficaz contestación desde la protesta social, en el contexto de desmovilización social causado por la pandemia.

1. Marco teórico

1.1 Coaliciones promotoras

El Enfoque de coaliciones promotoras es una importante herramienta conceptual para analizar el proceso que lleva a la generación de cambios en una política pública a lo largo del tiempo. Este enfoque, propuesto por primera vez por Paul Sabatier y Hank Jenkins-Smith a finales de los ochenta y ampliado desde entonces, se fundamenta en la idea de que en el campo de las políticas públicas existen subsistemas de políticas, determinados por una dimensión funcional y una territorial (por ejemplo, políticas económicas, educativas, ambientales, de salud, etc., de un país o un departamento). Cada una de estas áreas de políticas, dentro de un territorio específico, cuenta con actores que se agrupan alrededor de una serie de creencias las cuales buscan impulsar, con una batería de recursos e instrumentos para lograr que dichas creencias se materialicen en decisiones y políticas gubernamentales.

La multiplicidad de actores, entre los que se encuentran grupos de interés, periodistas, académicos, burocracias estatales, partidos políticos, etc., pueden encontrarse en una o más coaliciones que compartan diferentes sistemas de creencias. En el lenguaje del marco de las coaliciones promotoras, dichos sistemas tienen tres niveles: un núcleo profundo de creencias, otro relativo a las creencias relacionadas con las políticas y otro compuesto por una serie de creencias secundarias.

El núcleo duro o profundo, como lo describen Weible y Sabatier (2017),

...implica una normativa muy general y supuestos ontológicos sobre la naturaleza humana; la prioridad relativa de valores fundamentales, como la libertad y la igualdad; la prioridad relativa del bienestar de diferentes grupos; el papel adecuado del gobierno frente a los mercados en general y sobre quién debe participar en la toma de decisiones gubernamentales. (p. 194)

Este núcleo incluye, entonces, creencias de orden estructural, que implican debates profundos, que se consolidan con más fuerza cuando alcanzan a reflejarse en una política pública y son difíciles de transformar.

Por su parte, las creencias relacionadas con las políticas son desarrollos del núcleo duro: concepciones sobre elementos de su materialización, explicaciones de un problema público y sus posibles soluciones, ideas sobre el papel relativo del gobierno y los mercados, entre otras cosas. Y, finalmente, las creencias secundarias son las más específicas y las más fáciles de transformar; aunque menos estructurales, son las relacionadas de manera más directa con la implementación de las políticas, a saber, temas como la tributación o la ejecución de un programa determinado en un territorio específico.

Estos sistemas de creencias son la base sobre la que se sustenta la lucha entre las coaliciones para buscar que sus ideas se conviertan en decisiones de los gobiernos, las cuales, a su vez, lleven a políticas que reflejen esas creencias. Al mismo tiempo,

...la formulación de políticas públicas representa la interpretación de los sistemas de creencias de los actores políticos. Estas interpretaciones implican teorías implícitas de la comprensión causal de por qué existen problemas y cómo una solución política podría afectar a ese problema. Como resultado, las políticas públicas son más que lo que el gobierno hace o no hace en relación con un tema, las políticas también son una traducción de los sistemas de creencias de los actores políticos. (Weible y Jenkins-Smith, 2016, p. 21)

Las distintas coaliciones dentro de cada subsistema buscan mantener o transformar las decisiones de los gobiernos, de acuerdo con su sistema de creencias. Una o varias de estas coaliciones suelen estar más relacionadas con las esferas del poder real, adquiriendo una posición dominante que les permite contar con mayores herramientas y capacidades para influir en la toma de decisiones. Otras, suelen estar marginadas o excluidas de estas esferas y, por lo tanto, para impulsar sus ideas recurren a una serie de herramientas distintas a las usadas por las coaliciones dominantes, entre ellas, la protesta social, la presión mediática, las solicitudes públicas, la movilización de bancadas parlamentarias cercanas, el litigio estratégico, entre otras.

En esta competencia entre coaliciones, el Enfoque de coaliciones promotoras sugiere que para alcanzar cambios en las políticas deben ocurrir perturbaciones en el subsistema que alteren el equilibrio. Tales alteraciones pueden tener un origen interno; por ejemplo, negociaciones y acuerdos entre coaliciones, cambios en el mapa de actores políticos,

transformaciones del marco de creencias en los gobiernos o evaluaciones de los procesos de aprendizaje surgidos tras la implementación de las políticas, que pueden llevar no solo a transformaciones de las políticas mismas sino, además, del subsistema.

Las alteraciones del subsistema también pueden ser externas, a saber, cambios en las condiciones socioeconómicas, en la opinión pública, en la coalición gobernante o como resultado del aprendizaje surgido de otras políticas. Estos cambios externos, expone Sabatier (2010), son un requisito para que se den modificaciones mayores en las políticas públicas. En el caso de las reformas al sistema de salud colombiano, han sido determinantes para desencadenar las discusiones sobre el tema y activar en alto grado las coaliciones, aunque los cambios estructurales no hayan ocurrido.

Existe otro grupo de variables externas que, en el enfoque de coaliciones promotoras, se conocen como *parámetros relativamente estables*. Entre los mismos se incluyen: la distribución básica de los recursos naturales, los valores socioculturales fundamentales, la estructura social, los atributos estables del área problemática (en nuestro caso, los relacionados con el concepto de salud, y las dinámicas del proceso de salud y enfermedad) y la estructura constitucional básica.

Este último punto es uno de los principales objetos de análisis de este trabajo, pues, como lo mencionan Álvarez y Hawkins (2018), el análisis de las propuestas legislativas presentadas al Congreso de la República de Colombia entre 1993 y 2014, revela cómo la coalición dominante explotó los mecanismos del proceso legislativo para impedir que el Congreso aprobara con éxito una nueva legislación del sistema de salud. Y es que hablamos de un sector de peso en el gasto público, altamente reglado, y en donde el proceso legislativo y el litigio constitucional han sido claves en la batería de acciones de las coaliciones y explican en gran parte la estasis de un sistema que ha sido altamente interpelado.

1.2 Proceso legislativo colombiano

Es relevante para este trabajo reconocer elementos generales y algunos detalles del procedimiento legislativo en Colombia, pues este es uno de los recursos utilizados por la coalición dominante para evitar reformas al sistema de salud. Además, es un escenario

importante de la materialización de las discusiones y contradicciones de los subsistemas de políticas.

Colombia es un Estado social, unitario y democrático de derecho, con un régimen presidencialista, un Congreso bicameral cuyo funcionamiento está reglado en el título 6 de la Constitución de 1991 y su procedimiento legislativo en el capítulo 3 de la misma y en la ley 5 de 1992. El presidente, los congresistas, los ciudadanos (mediante la recolección de firmas) y otras entidades tienen iniciativa legislativa; es decir, pueden radicar proyectos de ley, que inician sus trámites en una de las siete Comisiones constitucionales, de acuerdo con su tema correspondiente, en cualquiera de las dos Cámaras, ya sea la de representantes o el Senado.

Dependiendo del tipo de proyecto: si se trata de ley ordinaria, orgánica, estatutaria o proyecto de acto legislativo, varían las mayorías necesarias para su aprobación, así como el número de debates que debe cursar y el tiempo en que debe hacerlo. Las leyes ordinarias requieren mayoría simple y cuatro debates, el primero de los cuales tiene que darse en el primer periodo legislativo después de radicado el proyecto, bien sea en el de marzo a junio o en el de julio a diciembre; tienen un máximo de dos legislaturas para ser negadas o aprobadas, de lo contrario, se archivan, y cada Corporación deberá aprobar los debates, primero en su Comisión Constitucional permanente y luego, en su Plenaria. Este trámite puede alterarse si hay Mensaje de urgencia emitido por el gobierno nacional, permitiendo sesiones conjuntas de las Comisiones y agendando el proyecto como primer punto del orden del día.

En cada Comisión se les asigna a los proyectos un ponente que no tiene que ser necesariamente su autor y que puede –a diferencia de los de iniciativa ciudadana– proponer que el proyecto sea archivado o presentar un pliego de modificaciones que lo transforme radicalmente. Si bien los tiempos para presentar ponencia, una vez asignado el proyecto, están reglados, existen mecanismos formales para pedir prórrogas que pueden llevar a que no se dé el primer debate en el periodo legislativo que le corresponde. Así mismo, el agendamiento en el orden del día depende del presidente de cada Comisión o de la Plenaria, que puede determinar cuáles proyectos se debaten y cuáles no.

Por último, hay tres elementos adicionales del procedimiento legislativo que impactan especialmente en el destino de los proyectos de ley: primero, el presidente de cada Cámara

puede acumular, sin consulta necesaria, proyectos de ley que considera versan sobre materias similares y el ponente, proponer qué artículos toma de cada proyecto. Segundo, los congresistas no pueden crear nuevos impuestos, acabar o crear instituciones o entidades y, en general, aprobar proyectos con impacto fiscal que no cuenten con el visto bueno del Ejecutivo. Tercero, si hay diferencias entre lo aprobado en una Cámara y otra, el proyecto se concilia en una subcomisión creada para el caso, la cual puede escoger libremente qué aspectos de uno u otro texto elije.

Aunque existen más detalles sobre el procedimiento legislativo, lo ya expuesto permite entender algunos de los mecanismos que pueden ser usados por una u otra coalición para impulsar o detener proyectos de ley.

Así se evidenció en los debates de la Ley 1122 del 2007, la cual, como afirman Echeverry y Borrero (2015), surgió como respuesta a uno de los ciclos de protesta que describen en su trabajo, en medio de discusiones donde salió ganadora la coalición dominante, mientras los proyectos de ley de las otras coaliciones se hundieron en el trámite. Algo similar ocurrió con la Ley 1438 del 2011 que, además, cursó con Mensaje de urgencia del gobierno, como respuesta a las manifestaciones del momento debidas a la emergencia social en salud. Así mismo, la Ley 1751 del 2015 respondió a las protestas del sector salud en el 2013.

1.3 Sistema de salud en Colombia, marco general de análisis

Teniendo presente que en los subsistemas de políticas las diferentes coaliciones se disputan la materialización de sus sistemas de creencias, es importante ubicar los aspectos del régimen de salud colombiano que dan cuenta de la expresión de esas creencias. Es por eso que en este apartado se abordan algunos elementos generales que describen componentes relevantes para el caso de análisis, en medio de un sistema que es complejo.

En el mundo, en términos generales, existen dos grandes tipos de modelos de salud: el bismarkiano y el beveridgiano, los cuales no dan cuenta de todas las variantes existentes, pero sí abarcan los rasgos dominantes en los regímenes de salud actuales. En el modelo bismarkiano existe un sistema de aseguramiento financiado con las contribuciones de los empleados y los empleadores, un plan de beneficios explícito y una prestación de servicios que, en términos generales, es provista por entes privados, cuya administración suele ser

independiente del gobierno. Por su parte, en el modelo beveridgiano la financiación depende de los impuestos generales, la cobertura es universal, el plan de beneficios es implícito y la prestación de servicios es generalmente pública (Kutzin, 2011; Wallace, 2013).

En Colombia, hasta la Constitución de 1991 y la posterior aprobación de la Ley 100, convivían tres sistemas de salud con una alta fragmentación:

El de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, con la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación, las cuales atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados, el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada; y el sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida. (Tafur, 2011, p. 2)

Se trataba, entonces, de una mezcla de los modelos bismarkiano, beveridgiano y el llamado *out-of-pocket model*, según el cual, en resumidas cuentas, solo quien tiene con qué pagar de manera particular puede acceder a servicios de salud.

Fue con la aprobación de la Ley 100 que se creó el sistema actual de seguridad social en salud, con una esencia bismarkiana y un componente neoliberal –propio de las reformas al Estado impulsadas desde la Constitución de 1991–, lo cual se refleja en los principios del sistema, que del modelo bismarkiano toma la integralidad, obligatoriedad, universalidad, solidaridad, equidad y unidad; y de la concepción neoliberal recoge los principios de calidad, eficiencia, libre elección, descentralización y participación comunitaria (Aprende en línea, 2016).

La Constitución de 1991, con un importante componente social y que en su artículo 48 define la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio, sumada a la implementación de las apuestas del neoliberalismo, llevó a que nuestro sistema de salud se configurara en una complejidad particular: como uno de competencia regulada, en el que los actores privados prestan un servicio que tradicionalmente está a cargo del Estado; con un

modelo mixto en donde el gasto de bolsillo representa cerca del 20 % del gasto total en salud (Vargas, 2019); con aseguramiento privado vía pólizas adicionales y regímenes exceptuados; con aseguramiento de la financiación vía cotizaciones de trabajadores y empleadores; con la salud pública y el plan de intervenciones colectivas a cargo del Estado, financiados con impuestos generales; con un régimen subsidiado también financiado con impuestos; con prestación pública y privada de servicios de salud, entre otros elementos que hablan de un sistema con importantes diferencias respecto a los modelos generales.

Este arreglo institucional, que conserva elementos bismarkianos, fue presentado como propuesta conceptual por Londoño y Frenk (1997), en un tipo de modelo de salud conocido como *pluralismo estructurado*, donde las funciones esenciales de los sistemas de salud – modulación, financiamiento, articulación y prestación– se integran horizontalmente, como se ve en el gráfico 1.

Diseño propuesto de pluralismo estructurado



Gráfico 1. Diseño propuesto de pluralismo estructurado

Fuente: tomado de Londoño y Frenk, 1997, p. 12.

Como resultado, tenemos un modelo de aseguramiento en salud con competencia regulada en el aseguramiento y en la prestación; con financiación mixta; diversos niveles reales de cobertura asociados a la capacidad de pago y con un Estado que cumple la función de rectoría y modulación del sistema, en el marco del reconocimiento, por lo menos formal, de la salud

Reforma a la salud en Colombia, el Proyecto de ley oio analizado a la luz del Enfoque de coaliciones promotoras

como derecho fundamental, según la Ley 1751 del 2015. Estas condiciones en el sistema expresan distintas materializaciones de los sistemas de creencias de las coaliciones, que se ubicarán en este trabajo al momento de describir el subsistema de políticas en salud.

2. El subsistema de las políticas públicas en salud de Colombia bajo el Enfoque de las coaliciones promotoras

La pandemia del COVID-19 en Colombia ha representado un reto para el sistema de salud y ha servido como catalizador de discusiones frente al funcionamiento del mismo, en todos los niveles territoriales. A su vez, ha contribuido a la activación de las coaliciones y, en general, del subsistema de políticas: aprovechando lo que Kingdon (2010) denomina ventana de oportunidad, los actores han buscado posicionar sus agendas en los escenarios de discusión, promoviendo la reforma al actual sistema de seguridad social en salud, por medio del trámite legislativo.

Temas como el del talento humano en salud, la capacidad hospitalaria, la rectoría del sistema, la estructura financiera, la fragmentación, entre otros, han sido relevantes en los procesos de debate y adaptación del sistema de salud que han respondido a la coyuntura provocada por el COVID-19.

Así, han surgido iniciativas emanadas de las diversas coaliciones desde el mismo inicio de la contingencia, tales como *Salud al paro*, el *Pacto por la salud* y cerca de cinco proyectos de ley, entre los que se incluye el PL 010 de 2020, impulsado por el gobierno nacional y la coalición dominante. Dicho proyecto se presenta como una reforma sustancial al sistema de salud; sin embargo, mantiene inflexible el núcleo duro del mismo que, como lo plantean Álvarez y Hawkins (2018), ha permanecido inmutable pese a las distintas iniciativas de reforma y a los escenarios de contestación social. Es decir, se quiere mostrar que el PL 010 está movido por creencias estructurales, pero más bien se relaciona con las creencias sobre políticas.

Entendiendo que la pandemia es, en términos del Enfoque de coaliciones promotoras, un evento externo al sistema que cambia las condiciones socioeconómicas y de la opinión pública, podemos describir de mejor manera el funcionamiento del subsistema de políticas en salud para este momento concreto, revisando el rumbo que están tomando las coaliciones, y así prever los posibles desenlaces de una reforma al sistema de salud colombiano, tomando como base el debate del Proyecto de ley 010 del 2020, que surge justo en este contexto.

2.1 Actores

2.1.1 Coalición dominante

Los actores de la coalición dominante o interna pueden identificarse de acuerdo con el comportamiento que presentan en la coyuntura actual y el respaldo gubernamental con el que cuentan. El mensaje de urgencia presentado por el gobierno nacional al PL 010 (ver anexo 2) habla de su alineación con este, compartida por los congresistas que lo firmaron, pertenecientes a los partidos políticos o sectores que también se encuentran en esa coalición, compuesta por: el gobierno del presidente Iván Duque, los partidos Cambio Radical, Centro democrático (Partido de gobierno), Conservador, La U y sectores del Partido Verde.

Conforman también esta coalición organizaciones como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y GestarSalud, agrupaciones de las aseguradoras y Empresas Promotoras de Salud (EPS). La primera de ellas envió un concepto sobre el proyecto, donde realiza una serie de cuestionamientos, buscando incidir en el trámite para que pueda sufrir cambios coherentes con sus reclamaciones, sin interpelar los elementos estructurales, sin oponerse al proyecto ni a su intención política; antes bien, encontrando en él una oportunidad de profundizar el modelo de aseguramiento con participación de la inversión privada. Así mismo, GestarSalud manifestó su apoyo al proyecto, presentando algunas objeciones que no lo afectan de fondo (ver Anexos 3 y 4).

También se han mostrado favorables a la reforma sectores del Colegio Médico Colombiano (M. Vega, comunicación personal, 14 de octubre de 2020)¹, así como la Federación de Municipios y la Federación de Departamentos, entre otras entidades. Además, como lo plantea Jorge Gómez, congresista de la Comisión séptima de la Cámara, encargada del primer debate, la reforma también es apoyada por conglomerados financieros internacionales o del negocio de la salud (como Fresenius, *BlackRock*, *United Health*) que impulsan la compra de hospitales y que se verían beneficiados por el proyecto.

¹ Marcela Vega hace parte de la Unidad de Trabajo Legislativo (UTL) del partido Fuerza Alternativa Revolucionaria Común (FARC).

2.1.2 Coalición externa

La principal expresión de esta coalición es el llamado *Pacto por la salud*, que empezó a configurarse en medio de la pandemia, con una serie de solicitudes (ver anexo 5) al gobierno nacional para tomar medidas sociales y de salud pública, como la aprobación de la renta básica; el aumento de la inversión en ciencia, tecnología e innovación; la creación de un sistema único de información, entre otras. Este pacto lo conforman cerca de 140 organizaciones de la sociedad civil (ver anexo 6), entre las que se encuentran centrales obreras como la CUT y la CGT, sindicatos del sector salud como la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia (ANTHOC), agrupaciones gremiales como la Federación Médica Colombiana o la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), organizaciones indígenas como el CRIC, sectores académicos como la Facultad Nacional de Salud Pública y organizaciones estudiantiles o de profesionales en formación como ACOME y ANIR (ver anexo 6).

Desde el estallido social vivido en Colombia en el 2019, impulsado por el espacio conocido como el Comité Nacional de Paro, que convocó al paro nacional del 21 de noviembre, también se gestó un proceso llamado *Salud al paro*, buscando la derogatoria de la Ley 100. Este Comité ha incluido el archivo del PL 010 en el pliego de las movilizaciones del 2020 (como las del 21 de septiembre y el 21 de octubre); esto evidencia el encuentro en el marco de creencias con el *Pacto por la salud*, con el que comparte la presencia de algunas organizaciones (pliego del paro).

En esta coalición también se encuentran sectores políticos como los representados por los senadores Jorge Robledo, Victoria Sandino, Juan Luis Castro y el representante a la Cámara Jorge Gómez, quienes han planteado su oposición al PL 010 y apoyado su solicitud de archivo.

2.1.3 Coalición indeterminada

No se podría afirmar que los integrantes de esta coalición compartan un marco de creencias único ni una entidad organizativa que los agrupe, pero sí que son actores relevantes en el subsistema de políticas en salud, por su participación en escenarios previos de discusión sobre políticas en salud o su rol en procesos relativamente estables, como el proceso

legislativo. Entre ellos, se encuentran los parlamentarios del Partido Liberal que no firmaron la propuesta del PL 010 y que, sin embargo, aún generan duda sobre su comportamiento en el escenario de debate: es posible que busquen impulsar una reforma propia que pueda acumularse en el trámite mismo con el PL 010 (M. Vega, comunicación personal, 14 de octubre de 2020). Así mismo, se encuentran en posición indeterminada asociaciones como la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Rehabilitación (SCARE), la Academia Nacional de Medicina y Sociedad científicas.

Ahora bien, los miembros de esta coalición pueden entrar a nutrir uno u otro de los procesos que se definan desde la coalición dominante o la externa, con las que tienen simetrías, encuentros en el pasado o desencuentros. Como lo expresa Marcela Vega (comunicación personal, 14 de octubre de 2020), para el caso del Partido Liberal, este ha acompañado las iniciativas de reforma a la salud que profundizan el modelo de aseguramiento; además, el autor original y ponente de la Ley 100 fue el exsenador, para ese entonces liberal, Álvaro Uribe Vélez.

En el caso de las agremiaciones médicas, en pasados escenarios de reforma han contribuido a la coalición externa, como lo muestran Álvarez y Hawkins (2018) en su trabajo, donde logran ubicarlas en la llamada Gran Junta Médica que, como lo expresa Vega (comunicación personal, 14 de octubre de 2020), no ha sido monolítica. De hecho, hoy es contraria a la coalición externa en temas como el de la posibilidad de un paro de la salud.

2.2 Proyecto de ley 010 y la expresión de los marcos de creencias de las coaliciones

Si bien este Proyecto de ley, que consta de 68 artículos, ha sido presentado aprovechando la coyuntura de la pandemia, una parte de su contenido recoge elementos de proyectos de ley que ya se han presentado en el pasado o de leyes que ya existen. Como ya se mencionó, este PL está siendo impulsado por la coalición dominante, lo cual se refleja en el apoyo de un amplio número de parlamentarios firmantes, en el Mensaje de urgencia del gobierno nacional y en el soporte que tiene por parte de las agremiaciones de aseguradoras. Si bien lo que ocurre en el subsistema no puede circunscribirse exclusivamente a este debate legislativo, como ya se ha expresado, sí ha sido históricamente esta una de las principales arenas de discusión de los actores y las coaliciones; por eso nos permite ubicar los principales elementos del subsistema, entre ellos, sus marcos de creencias.

2.2.1 Núcleo duro

2.2.1.1 Papel del mercado, el Estado y el negocio

El día en que fue aprobada la Ley 100 de 1993, el entonces ministro de salud, Juan Luis Londoño de la Cuesta, pronunció la frase: “bienvenido el negocio de la salud” (Londoño, 2015), reflejo de la profunda transformación que significaba la Ley en relación con el anterior sistema nacional de salud, ya fragmentado y con problemas de cobertura y financiación (Escobar, 2020). La Ley 100 fue un hito en la implementación de las apuestas neoliberales en Colombia, en el marco de la apertura económica impulsada por César Gaviria.

El negocio de la salud se vería pronto materializado en el rol que el mercado fue ocupando en este sistema de competencia regulada: aparecieron en Colombia un número importante de aseguradoras llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS); las entonces Cajas de previsión social migraron a esta figura. Así mismo, y como parte de la materialización de esta ley y otras afines, los hospitales públicos se convirtieron en empresas sociales del Estado medidas por rentabilidad financiera y obligadas a la autofinanciación, vía venta de servicios; pasando así de un modelo de financiamiento de la oferta a uno de financiamiento de la demanda, entre otros cambios profundos.

La sostenibilidad financiera del sistema no se buscaría exclusivamente a través de los impuestos generales o con destinación específica, que quedaron reservados para financiar el régimen subsidiado para ciudadanos pobres. En la apuesta neoliberal de focalización de servicios, habría un plan de atención básico de salud que complementarían un plan de beneficios al que los ciudadanos podrían acceder de manera fragmentada, dependiendo del tipo de afiliación que tuvieran al sistema (Ley 100, 1993).

Esta estructura básica ha sido permanentemente defendida por la coalición dominante e interpelada por la coalición externa durante los 27 años de la Ley 100 (Álvarez y Hawkins, 2018), con mayor éxito para la primera que para la segunda, pues los elementos estructurales del sistema de salud y su modelo permanecen inmutables, al ser reflejo del núcleo duro del marco de creencias; núcleo que, por definición, es más difícil que sea transformado.

Estos debates alrededor de la Ley 100 siguen vigentes en el Proyecto de ley 010, pues este no está pensado para hacer un cambio de la estructura: como lo plantea en su artículo primero,

lo que se pretende es realizar algunos ajustes al actual sistema de seguridad social en salud. Para ACEMI, su objetivo debe ser “profundizar en el modelo de aseguramiento social en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política y en el marco de los lineamientos consagrados en la Ley Estatutaria de Salud” (Anexo 3, p. 4).

Una de las apuestas consagradas en este proyecto, la cual refleja la profundización del modelo de mercado, es el cambio nominal, pero altamente simbólico, de Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Aseguradoras en Salud (AS). Y este asunto se acompaña de la continuidad de su objeto, consagrado en leyes anteriores; pero también de la idea de que el Estado brinde una prima a las AS, al estilo de un seguro tradicional, sin ningún control del manejo de ese recurso, que dejaría de ser público. Bajo esta lógica, como se advierte desde la coalición externa, los recursos dejarían de ser públicos y de estar sujetos al control del Estado.

Otro hecho práctico de la profundización del modelo mercantil se ve en el artículo 10 del capítulo III, sobre Gestión del riesgo, donde el no seguimiento del tratamiento o de acciones de autocuidado preestablecidas conllevaría un incremento de las cuotas moderadoras, pago que realizarían los usuarios adicionalmente a la cotización, cada vez que accedan a algunos procedimientos y tratamientos.

Otro de los elementos del Proyecto que podría ubicarse en la categoría de profundización del modelo de mercado es la intención de reducir el número de aseguradoras. Sin embargo, lo que se estaría promoviendo es un fallo del mercado: en la práctica, se configuraría un oligopolio de aseguradoras, pues para algunas de ellas existiría autorización de ejercer el monopolio (par. 3, art. 23) en algunos territorios. Así, se restringiría la libre competencia teórica de los modelos de mercado y, más bien, se profundizaría el modelo del negocio de la salud, vía la instauración de posiciones dominantes, algo que incluso hoy es evidente en la posición que han ocupado las EPS y sus negocios filiales en el ranking de las empresas más grandes del país.

Por su parte, la coalición externa cuestiona los resultados del modelo de mercado y de negocio, exponiendo que los ajustes que propone el Proyecto de ley expresados en su artículo 1 solo darían continuidad a una política que no ha garantizado materialmente el derecho a la salud, pues genera incentivos perversos a la negación del servicio, la fragmentación según

capacidad de pago y la desviación de recursos del sistema. Y esto sin considerar los indicadores que este sistema no ha logrado reducir, como son el de la mortalidad materna (Ahumada, 2020); la alta mortalidad evitable, como la informada por el Instituto Nacional de Salud para el periodo comprendido entre 1998 y 2011, con más de 1.400.000 muertes por enfermedades curables o prevenibles (INS, s.f.); la fragmentación y las asimetrías territoriales; la baja capacidad de respuesta y el aumento de las tutelas en salud, correlativo a una alta morbimortalidad, entre otros.

2.2.1.2 Derecho o servicio en el marco de la Ley estatutaria en salud

Este ha sido un punto reivindicativo importante de la coalición externa. Durante las décadas pasadas, una de sus principales creencias ha sido que la salud es un derecho de primer orden, fundamental. Ello en oposición a la Constitución política de 1991, donde no quedó explícito que la salud fuera un derecho; por el contrario, en su artículo 49, plantea que es un servicio público a cargo del Estado; esta denominación permite delegar su administración y prestación a actores privados y de mercado.

Al leer la definición de la Corte constitucional, en la sentencia C-378 del 2010, se puede ver cómo se diluye la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y se abre la puerta a la mercantilización de la garantía de tal derecho:

Se considera como servicio público, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas. (Corte constitucional, 2010, sentencia C-378)

Otra de las creencias de la coalición externa es que la idea de la salud como servicio público promueve la fragmentación y restringe materialmente el acceso; segmenta la población según la capacidad de pago, generando en la práctica tres sistemas: uno para la población pobre, caracterizado por la baja calidad y un plan de beneficios que, hasta los desarrollos de la sentencia T-760 de 2008, era menor que el de aquellos que cotizaban; el contributivo, para quienes trabajan y cotizan; y el tercero, como lo expone Luis Jorge Hernández (2020), profesor asociado de la Universidad de los Andes, con una cobertura amplia, para quienes tienen capacidad de pago.

La Corte constitucional, que ha sido proclive a interpretar la Constitución de manera coherente con las creencias de la coalición externa –como respuesta al creciente número de tutelas que han sido el resultado de la política del sistema de salud–, mediante la sentencia T-760, reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo, lo que de manera posterior fue llevado a la Ley estatutaria 1751 del 2015.

Frente a esto, la coalición dominante ha reaccionado asumiendo como propio este discurso y adaptándolo a su interpretación de la ley. Es así como la misma Ley estatutaria se ha convertido en parte de la disputa en el escenario de implementación, pues las interpretaciones que da una u otra coalición son contrarias al momento de valorar o impulsar las implementaciones de políticas.

Por ejemplo, frente al objeto del Proyecto de ley 010, la coalición interna plantea que la profundización del modelo de aseguramiento es coherente con la garantía del derecho y es, a su vez, un desarrollo de la Ley estatutaria; argumentación que objeta la coalición externa, en su solicitud de archivo del proyecto.

El proyecto, en su artículo 19, aparenta solucionar las brechas en el plan de beneficios, entre el llamado régimen subsidiado y el régimen contributivo, al ordenar unificarlo –algo ya ordenado por la Corte constitucional–; como parte de la apuesta para superar la fragmentación. Sin embargo, la coalición externa manifiesta, según su marco de creencias, que la unificación propuesta sigue manteniendo la idea de afiliado, que es contraria a la de derecho –el cual debe ser universal– y, además, va en contra de la Ley estatutaria, que obliga no a un plan de beneficios, sino a una lista.

2.2.1.3 Determinantes sociales del proceso de salud y enfermedad frente al modelo morbicéntrico

Las diferencias entre una y otra coalición, y su marco de creencias en este aspecto, atraviesan las discusiones sobre la preponderancia de la gestión de la salud pública, más allá de la prestación de los servicios asistenciales en salud. Para la coalición interna, la prioridad radica en la financiación del aseguramiento y la gestión del riesgo, que se realiza vía la provisión de atención a la enfermedad. Para la externa, el sistema de salud debe trabajar articulado con otros sectores para intervenir los factores sociales, económicos, ambientales y culturales, entre otros, que afectan positiva o negativamente la salud; y debe buscar, además,

el cierre de brechas en indicadores sociales de distinto orden, por ejemplo, el acceso a un trabajo digno, a una alimentación saludable, etc. También son materia de discusión, en este punto, elementos de las creencias secundarias o las relacionadas con políticas, como el enfoque de la atención primaria en salud, las redes integradas e integrales de servicios de salud, entre otras.

Sin embargo, es importante mencionar que el concepto de los determinantes sociales viene siendo introducido en la legislación colombiana desde la misma Ley 1122 del 2007, con mayores desarrollos en la 1438 del 2011 y en la Ley estatutaria 1751 del 2015; pero su interpretación y aplicación dista mucho entre las coaliciones. De hecho, aunque el proyecto de ley 010 los menciona en los artículos 4, 7, 8 y 24, la coalición externa plantea que un enfoque centrado en la intervención de determinantes se hace incompatible con el aseguramiento individual y que el Proyecto los reduce meramente a la gestión de una comisión intersectorial que, según plantean, ya existe y no ha arrojado resultados en esta materia. Según lo expone Luis Jorge Hernández (2020), dicha comisión ni siquiera se reúne, pues no hay actas que den fe de las reuniones de la Comisión intersectorial de salud encargada de trabajar sobre los determinantes.

Otro aspecto que refuerza la narrativa de las diferencias respecto a la preponderancia de la salud pública versus el sistema morbicéntrico es el de las priorizaciones de la financiación: de los 34.5 billones que compondrían el presupuesto del Ministerio de salud para el 2021 (ver anexo 7), solo 576 mil se destinarán a la salud pública y la prestación de servicios, es decir, apenas un 1,67%.

En conclusión, el PL 010 no propone una reforma estructural. Pues, reforzando lo que plantea Sabatier (2010), el núcleo duro de las políticas, que da cuenta de asuntos estructurales, es el más difícil de transformar; y dado que el Proyecto es presentado por la coalición dominante, sin intenciones de cambiar sus creencias estructurales, las reformas propuestas pertenecen a las creencias relacionadas con políticas y las secundarias.

2.2.2 Creencias relacionadas con políticas

2.2.2.1 Prestación de los servicios de la salud, el papel de los hospitales públicos y privados

La crisis hospitalaria ha sido uno de los temas recurrentes en los debates del subsistema de políticas en salud. El papel del mercado y del Estado no solo se ve cuestionado respecto al modelo de aseguramiento, sino también a la prestación de los servicios de salud. Son varios los aspectos que se debaten, entre ellos, la cartera hospitalaria que, según datos de la Procuraduría, asciende a 40.1 billones de pesos (Velásquez, 2020); la disponibilidad de la oferta en las zonas más apartadas de los grandes centros urbanos y el deterioro de la infraestructura y sus capacidades.

Para la coalición externa, la rentabilidad de los hospitales públicos no puede estar sujeta a indicadores financieros, sino sociales, pues su responsabilidad en la garantía del derecho a la salud implica que su subsistencia no debe depender del equilibrio entre la venta de servicios o la capitalización de los mismos y los costos de operación; máxime cuando es la única oferta disponible en muchos territorios. Para la coalición dominante, por su lado, los hospitales públicos deben competir en la economía de mercado para garantizar eficiencia.

Esto habla de un elemento nodal de la discusión relativo a las creencias relacionadas con políticas: los mecanismos de financiación de la red pública hospitalaria. Para la coalición externa, el Estado debe financiar directamente la oferta; mientras que, para la coalición dominante, debe seguir operando el subsidio a la demanda, profundizado vía un modelo de aseguramiento más puro, con apertura a un modelo de mercado más agresivo, donde el ánimo de lucro sea también central en la prestación de los servicios de salud. Esto da lugar a procesos de privatización de hospitales públicos, tercerización de servicios, apertura a las transnacionales y capitales de riesgo en salud.

Si bien para la mayoría de los actores de la coalición externa la oferta pública puede convivir con la oferta privada, poniendo el acento en la primera, lo que el PL 010 propone en este sentido lo leen como un paso más en la consolidación de la apuesta neoliberal de la Ley 100, pues la reforma está en sintonía con eventos que están ocurriendo dentro del sistema de salud. Un ejemplo es, como lo expone Jorge Gómez (2020), la entrada de grandes capitales transnacionales para comprar hospitales y clínicas en todo el país, como es el caso de las

clínicas de Las Américas, del Prado o Las Vegas, en Medellín, o Invanaco, en Cali, por parte de grupos como Fresenius, por medio del grupo Quirón Salud, o de fondos de inversión como *BlackRock*.

Esta apuesta política de la coalición dominante se ha expresado en el articulado a través de la eliminación de la prohibición de integración vertical, la cual posibilitaría la compra de toda la cadena por un mismo actor, desde la aseguradora al prestador. Con tal integración, se daría pie a lo que la coalición externa denomina incentivos perversos del sistema, a la par que se debilitaría la red pública, al restringir la contratación. Esta, según el proyecto, ya debería hacerse en bloques de prestadores, asunto que, por supuesto, podría llevar a que los conglomerados económicos dueños de grandes hospitales condicionen a los públicos más pequeños para que sirvan a su aseguradora. Por otra parte, la coalición externa expone que se corre el riesgo de que este modelo conduzca también a posiciones monopólicas u oligopólicas en la prestación de los servicios.

2.2.2.2 Condiciones laborales del sector salud

Una de las discusiones que ha desencadenado la pandemia en el subsistema de políticas en salud ha sido sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Se han hecho evidentes, como lo exponen diversos artículos de prensa (Agencia de Noticias UN, 2020; Caracol Radio, 2020), la falta de pagos, las jornadas excesivas, la precarización del trabajo mediante modelos de tercerización laboral que no dan estabilidad, entre otros aspectos. Frente a estos asuntos, el Proyecto de ley 010 expone, en su artículo 50, una serie de principios para “la dignificación laboral del talento humano en salud”, los cuales, según la opinión de la coalición externa, son enunciados que no generan ningún tipo de obligación o transformación de la problemática.

En los temas relacionados con el modelo de contratación surgen coincidencias y discrepancias. Si bien el artículo 51 del Proyecto plantea la prohibición de las formas de intermediación laboral, para la coalición externa, esto no resolvería el problema, pues:

En el actual sistema, la intermediación y la precarización laboral son el resultado de las relaciones mercantiles entre aseguradores y prestadores, con posición dominante del primero y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, por medio de la explotación del

trabajador de la salud. Esto no se resuelve enunciando una prohibición que ya está contemplada en el marco legal y constitucional colombiano. (Anexo 6, p. 16).

Además, los integrantes de esta coalición ponen de presente que en la situación financiera actual de los hospitales y, en particular, de los hospitales públicos, asumir la contratación con plenas garantías laborales sería insostenible, por lo que la nómina debería ser asumida por el Estado. Otro elemento controversial es el Agrupador Único Nacional, que buscaría estandarizar los procedimientos y tratamientos, lo que, según la coalición externa, afectaría la autonomía médica consagrada en la Ley estatutaria en salud.

2.2.2.3 Formación del talento humano

El debate basado en las creencias relacionadas con la formación del talento humano en el sistema de salud no se aleja de elementos claves de las discusiones del núcleo duro, pues, como lo han planteado previamente actores de la coalición externa, las características del sistema y en particular del modelo de atención definen el tipo de talento humano en salud que se necesita y, por ende, la política para formarlo. Y es que no es igual formar para un modelo morbicéntrico: centrado en la atención de la enfermedad –que requiere mayor capacidad en medicina especializada para atender la enfermedad y sus complicaciones–, que para un modelo que ponga énfasis en los determinantes sociales del proceso salud y enfermedad y en la atención primaria en salud, entre otros elementos.

En el Proyecto de ley se propone la creación de un sistema de información adicional al existente (RETHUS) para evaluar, entre otras cosas, la disponibilidad y necesidad del talento humano. Sin embargo, según la coalición externa, la lógica propuesta no se alinea con las necesidades en salud, sino con las del mercado, mediadas por la oferta y la demanda.

La coalición dominante también propone un examen único nacional para el ingreso a las especialidades. Este, en concordancia con lo expuesto por la coalición externa, vulnera el principio de autonomía universitaria, que en la normatividad colombiana consagra que las universidades determinarán sus procesos de admisión, entre otros aspectos.

Otro aspecto en el que hay encuentros y desencuentros –característicos de los debates del subsistema respecto a las creencias asociadas a políticas o las creencias secundarias– está relacionado con el papel de la medicina familiar. Para las distintas coaliciones este rol es

importante para el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud. Pero, mientras el PL 010 lo aborda desde la formación especializada, para la coalición externa esto es insuficiente, proponiendo que se debe fortalecer el rol del médico general en este aspecto.

2.2.3 Creencias secundarias

2.2.3.1 Plan de beneficios y unificación de regímenes

La fragmentación del sistema de salud colombiano tiene, como una de sus expresiones, la existencia de distintos regímenes que separan a los ciudadanos de acuerdo a condiciones como la pobreza, la vinculación laboral, el sector de trabajo –en el caso de los regímenes exceptuados– o la capacidad de pago –para los planes complementarios o las pólizas de medicina prepagada. También existían coberturas diferenciales en planes de beneficios, pero desde la sentencia T-760 del 2008, se ordenó su unificación, y en la Ley 1751 del 2015 se estableció que ya no existiría un plan de beneficios, sino una lista puntual de exclusiones. Sin embargo, el Proyecto de ley 010 insiste en la orden de unificación de los planes de beneficios. Para la coalición externa, esto representa la continuidad del modelo fragmentado de afiliado, contrario a la garantía del derecho que se atribuye al ciudadano.

2.2.3.2 Impuestos saludables y otras fuentes de financiación

En materia financiera, el proyecto plantea aumentar los impuestos al tabaco, asunto que aprueba la coalición externa. Sin embargo, frente al cambio de la parafiscalidad a los impuestos generales, que se había producido previo al Proyecto de ley 010, miembros de la coalición anotan que continuar por esa senda, en un modelo tributario regresivo, termina cargando a las capas bajas y medias con la financiación del sistema.

2.2.3.3 Regímenes exceptuados

Frente a este tema hay un aparente consenso: eventualmente deberían desaparecer, ya que quienes forman parte de estos regímenes no aportan de manera solidaria a la financiación del sistema. Sin embargo, para algunos sectores de la coalición externa, estos regímenes son conquistas a defender, pues han permitido el goce del derecho a la salud en sectores como el magisterio y las universidades. Por eso ven de mala manera que en el proyecto de ley se permita que quienes forman parte de estos sectores y quieran afiliarse a una aseguradora

externa puedan hacerlo, pues así se podría debilitar la financiación de sus regímenes y llevarlos a la quiebra.

2.2.3.4 Giros directos y cartera hospitalaria

El giro directo es un mecanismo diseñado para pagarle a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) los servicios prestados, sin que los recursos pasen primero por la aseguradora. Esto ya viene funcionando en algunos casos como política también defendida por la coalición externa; sin embargo, no es claro cómo podría funcionar en el marco de la propuesta del Proyecto de ley 010 de convertir los recursos públicos del sistema en una prima de aseguramiento.

Otro elemento controversial es lo que puede ocurrir con la actual deuda que tienen las EPS, que migraría a las AS con la red hospitalaria, pues si bien la coalición dominante defiende que el proyecto contempla los recursos, para la coalición externa son insuficientes.

2.2.3.5 Unidad de Pago por Capitación (UPC)

La UPC es el pago que, por cada afiliado, le da el Estado a las EPS. El monto es fijado por el gobierno nacional según unos parámetros preestablecidos. El PL 010 agrega un componente variable que se ajustará al cumplimiento de metas; sin embargo, no clarifica cuáles son esas metas y la coalición externa anota que, en un contexto de oligopolio de las aseguradoras, estas podrían influir para acomodarlas a sus particularidades.

2.2.3.6 Redes integradas de servicios de salud

Esta ha sido una bandera de la coalición externa que ha tenido avances en leyes como la 1438 del 2011 y la 1751 del 2015. En este proyecto se retoman y se propone que la contratación que hagan las aseguradoras se realice con redes o grupos de prestadores. Ante esto, la coalición externa expone que así podría desdibujarse el espíritu de las redes, al forzar a clínicas y hospitales a adherirse a las condiciones de los prestadores de las propias aseguradoras, integradas verticalmente con sus prestadores, poniéndolos en condiciones de debilidad frente a su posición dominante. Además, los miembros de esta coalición anotan que seguirán ordenadas por la competencia en el marco del negocio de la salud y no por la cooperación para la optimización de los servicios.

2.2.3.7 Integrantes del sistema de salud

El Proyecto de ley 010 redefine los actores del sistema de salud, al no mencionar expresamente, por ejemplo, a los profesionales de la salud, los pacientes, los ciudadanos o la academia. Además, da pie a que la coalición externa afirme que estaría restringiéndose la participación de actores claves y, con ellos, vulnerando el principio de participación consagrado en la Ley estatutaria 1751.

2.2.3.8 Gestión del riesgo individual

En el párrafo 4 del capítulo 11 del Proyecto de ley 010, se plantea otro punto de discrepancia en este núcleo de creencias secundarias: a los pacientes que no sigan los lineamientos de autocuidado se les cobrarán mayores cuotas moderadoras (un pago que realizan los afiliados por acceder a algunos servicios, según el carácter de su vinculación al sistema y como elemento de regulación de uso). Esto para la coalición dominante es una herramienta que permitiría mayor compromiso de los usuarios con la gestión individual del riesgo; sin embargo, la coalición externa lo ve como una barrera de acceso al derecho a la salud, al generar una carga económica adicional; además plantea que esta gestión del riesgo no puede recaer sobre el individuo.

Existen otros elementos que dan cuenta de las diferencias de las creencias de ambas coaliciones, en asuntos como los planes nacionales y territoriales de salud, la distinción entre análisis epidemiológico y de situación en salud, el flujo de recursos, entre otros, pero en este trabajo no serán abordados pues la amplitud del tema sobrepasa los límites de esta investigación.

2.3 Recursos de las coaliciones

2.3.1 Coalición dominante

2.3.1.1 Mayorías políticas

La coalición dominante tiene una amplia presencia y apoyo de legisladores en el Congreso; de alcaldes, gobernadores, concejales, entre otros que defienden el modelo planteado por la Ley 100. Por eso, no hay que dudar de que uno de sus principales repertorios es ganar las elecciones en condiciones mayoritarias, incluyendo las presidenciales. Por tal

razón, es frecuente encontrar empresas del sector salud que financian campañas de congresistas, como quedó demostrado en los debates de la reforma a la salud del año 2013, donde conglomerados que hoy también se benefician del PL 010, como Fresenius medical, Colsanitas, Coomeva, entre otros, hicieron aportes económicos (Torres, 2013).

2.3.1.2 Interpretación favorable de las leyes y normas

Este es otro elemento importante de sus recursos, al momento de implementar las políticas. Al ser gobierno y lograr mantener esta condición estable durante las últimas décadas, esta coalición ha podido darle tránsito a su visión de las políticas públicas en salud. Así queda en evidencia en lo expuesto en el apartado de marco de creencias, donde se evidencian discusiones sobre la manera en que se ha ejecutado, incluso, lo que se entiende como avances de la coalición externa, léase, la Ley estatutaria en salud y las órdenes de la Corte constitucional.

2.3.1.3 Inercia reformista

El sistema de salud colombiano se ha consolidado tras décadas de implementación y reformas. Los recursos invertidos, las capacidades construidas o aquellas destruidas han planteado puntos de difícil retorno. Por ello, un quiebre en las creencias profundas que sustentan el sistema sería costoso y difícil de materializar, máxime en un sector tan sensible, en donde cualquier traumatismo resultante de un proceso de transición puede dar al traste con la salud y la vida.

2.3.1.4 Procesos relativamente estables

Como demuestran Álvarez y Hawkins (2018), esta coalición ha sabido utilizar el proceso legislativo para bloquear debates e intentos de reforma o para impulsar sus propias creencias. En este accionar, ha sido altamente efectiva, usando elementos como el mensaje de urgencia, los procesos de archivo vía dilación, la acumulación de proyectos y la posterior transformación de los contenidos, entre otros.

2.3.1.5 Lobby político

El nivel de organización de esta coalición le permite incidir activamente en los debates políticos llevados a los escenarios de decisión de los espacios gubernamentales, teniendo

capacidad de evaluar el impacto de las políticas y de generar cambios posteriores para profundizar su visión.

2.3.1.6 Legitimadores o validadores

En el debate del PL 010, la coalición interna ha logrado acumular legitimadores en diversos sectores, entre ellos, algunos de la academia, profesores universitarios, Fedemunicipios y Fededepartamentos, sectores del Colegio Médico Colombiano, entre otros.

2.3.1.7 Posición dominante de mercado

La posición dominante que ejercen en el mercado los actores del aseguramiento, les garantiza el apoyo de quienes económicamente están atados a ellos, incluso si tuvieran posiciones contrarias; tal es el caso de profesionales, hospitales y otras entidades que dependen de los contratos y pagos que puedan surgir de su relación con algunos miembros de la coalición, minimizando así su accionar.

2.3.2 Coalición externa

2.3.2.1 Movilización social

La coalición externa, hoy agrupada principalmente en el *Pacto por la salud*, ha conservado más o menos inmutables sus miembros principales durante las pasadas décadas. Los actores que la conforman se han encontrado en distintos momentos organizando escenarios de protesta social, para reclamar transformaciones al sistema de salud que representa la Ley 100, buscando esto por medio de cambios sensibles en la opinión pública que agiten el subsistema de políticas de salud. Por ejemplo, hace relativamente poco, los decretos de emergencia social presentados por el expresidente Álvaro Uribe Vélez en el año 2009 desencadenaron protestas importantes que, acompañadas de acciones jurídicas, consiguieron derogarlos. También las protestas ocurridas en el 2013 contra el Proyecto de Ley 210 llevaron a su archivo.

2.3.2.2 Iniciativa legislativa

La coalición externa también ha utilizado los parámetros relativamente estables de los que habla el enfoque de coaliciones promotoras. Conformó, en el año 2013, un espacio llamado Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), que radicó en el Congreso, con la firma de congresistas de diversas bancadas, los Proyectos de Ley 105 de 2012 y 233 del

2013; aunque los mismos no tuvieron un trámite exitoso, suelen ser referentes para las propuestas de sistema de salud que defienden. En esta coyuntura, tanto en el *Pacto por la salud* como en las bancadas que acompañan las reclamaciones de archivo del PL 010, se habla de la necesidad de radicar una propuesta de reforma, aunque no cuente con el necesario visto bueno del gobierno nacional, condición para la aprobación legal de proyectos que generan impacto fiscal.

2.3.2.3 Litigio estratégico

La coalición externa ha encontrado en la Corte constitucional mayor receptividad a sus propuestas y visiones; es por eso que en la última década ha acompañado sentencias como la T-760 del 2008 o la sentencia de constitucionalidad de la ley 1751, la C-313 del 2014. Así mismo, como en esta coalición se encuentran numerosas asociaciones de pacientes, mediante acciones populares o tutelas individuales, las mismas han logrado el reconocimiento de derechos colectivos en salud o la inclusión de nuevas tecnologías en los planes de beneficio.

2.3.2.4 Solicitudes al Congreso y acción parlamentaria

Como ya se había mencionado, el proceso legislativo ha sido uno de los principales escenarios de disputas de las coaliciones del subsistema de políticas públicas en salud. Como parámetro relativamente estable, ha sido utilizado de manera más exitosa por la coalición dominante; sin embargo, también se han desplegado acciones por parte de la coalición externa. En el caso particular del Proyecto de Ley 010, se radicó un documento con las objeciones al proyecto, esperando que conduzca a una reflexión parlamentaria que lleve al archivo del mismo. También, se logró autorización para realizar sesiones conjuntas de las comisiones séptimas de Cámara y Senado para debatir el proyecto (ver Anexo 9). A la par, Victoria Sandino, miembro de la Comisión séptima del Senado por el partido FARC – resultante del acuerdo de paz entre el gobierno nacional y la guerrilla de las FARC-EP–, radicó ponencia de archivo del proyecto.

En el escenario del Congreso, también se han desarrollado múltiples debates de control político, como los suscitados por los casos de corrupción de Saludcoop, la venta de esta EPS, la crisis hospitalaria, la situación del talento humano en el área de la salud y la implementación de la Ley 1751, entre otros.

2.3.2.5 Mesas de diálogo con el gobierno

Como resultado de las movilizaciones sociales, no es infrecuente que se establezcan mesas de concertación con el gobierno nacional para impulsar o forzar decisiones gubernamentales que transformen las reglas institucionales. Algunos de los logros obtenidos por este medio han sido las modificaciones a las resoluciones del servicio social obligatorio, tras las protestas de los años 2011 a 2013 de los profesionales rurales; la agenda frente a los hospitales universitario del Valle y del Caribe; la aprobación de la Ley del residente y la implementación del giro directo, entre otros.

Cabe anotar que estos cambios en las políticas se dan en consonancia con lo presentado por Sabatier (2010), quien expone que estas transformaciones ocurren con mayor facilidad en las creencias asociadas a políticas y en las creencias secundarias.

2.3.2.6 Redes sociales y mass media

Las redes sociales son un importante escenario de la deliberación pública sobre distintos temas y han desempeñado un papel relevante en posicionar la agenda de la coalición externa. En los últimos años, los puntos de vista de la coalición externa han circulado con éxito a través de estos medios, que han servido para avanzar en la construcción de mayor consenso social, convocar a las movilizaciones y difundir las acciones emprendidas desde los otros recursos utilizados. Buena parte del éxito en la convocatoria y consecución del respaldo social del que gozaron procesos de protesta como los dados en contra de los decretos de emergencia social en salud o los que surgieron en oposición al proyecto de Ley de 210 del 2013, se debió a las redes sociales y a la difusión por los medios masivos.

2.3.2.7 Dinámica electoral

Si bien no existe un consenso dentro de la coalición externa sobre el uso de las elecciones para buscar el cambio de la coalición gobernante, sí es más frecuente que se utilice el periodo electoral para posicionar tesis. Fue así como, por ejemplo, en las elecciones presidenciales del 2018 los candidatos de esta coalición presentaron propuestas para reformar el sistema y en las elecciones parlamentarias del mismo año, se postularon candidatos y candidatas provenientes de sectores que integran la misma.

3. Conclusiones

Escenarios posibles y resultado probable de la reforma a la salud en Colombia

Al momento de escribir este trabajo, no ha sido sometido a primer debate el Proyecto de Ley 010, pero ya se han activado las coaliciones y han desplegado una serie de iniciativas que permiten identificar la ruta esperada por cada una de ellas y sus actores, y desde allí plantear los escenarios posibles.

3.1 Expectativas de la coalición externa

La coalición externa ha planteado una ruta concreta, solicitando el archivo del proyecto, vía una comunicación enviada a los congresistas de las comisiones séptimas, en donde exponen su oposición al PL 010 y los argumentos que la sustentan; así mismo, la congresista Victoria Sandino radicó, junto al senador Alberto Castilla, la ponencia de archivo en el Senado. Para impulsar este objetivo, la solicitud se ha incluido en la agenda de las distintas movilizaciones organizadas por el espacio conocido como Comité nacional de paro, en donde se ha definido que el sector salud encabece el paro nacional del 19 de noviembre (Ríos, 2020).

En esta expectativa también se han realizado foros virtuales en distintas universidades, como la Universidad de Antioquia y su Facultad Nacional de Salud Pública (2020), donde se han presentado críticas de forma y fondo al PL 010, y se han develado las creencias que sustentan la oposición al mismo.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el proyecto cuenta no solo con el respaldo del gobierno, sino también, inicialmente, de noventa congresistas, incluyendo a la mayoría de los miembros de las comisiones séptimas de Senado y Cámara; es improbable que en este primer debate prospere la solicitud de archivo, máxime cuando las movilizaciones recientes no han logrado la masividad para cambiar las condiciones de la opinión y trastocar la estabilidad del subsistema.

Otro de los escenarios que plantea esta coalición es la presentación de un Proyecto de Ley alternativo al 010, que refleje su marco de creencias; sin embargo, a la fecha no existe un plan de trabajo para impulsar esta idea.

3.2 Expectativas de la coalición dominante

3.2.1 Aprobación del proyecto con modificaciones

El Proyecto de Ley goza de un ambiente favorable para su aprobación dentro del Congreso; su contenido es reflejo del marco de creencias de la coalición dominante y cuenta con el respaldo de sus actores, que se ha manifestado en el apoyo de las bancadas del gobierno, el Mensaje de urgencia presentado por este, el respaldo de las aseguradoras y otros actores. Sin embargo, aún hay margen para que sea modificado, pues, como se expresa en los conceptos de varias de las organizaciones que conforman esta coalición, el Proyecto presenta asuntos incompletos, inconexos, redundantes e insuficientes. Uno de ellos es que no incluye los aprendizajes que dejó la pandemia, como evento externo al subsistema, sobre asuntos de funcionamiento, responsabilidades y competencias. Al respecto, ACEMI afirma que el capítulo de *Salud pública* del proyecto no responde a preguntas como la siguiente: “¿De qué instrumentos puede dotar al sistema el legislador para tener un inventario latente, permanente y suficiente de medicamentos, equipos médicos y de protección personal, talento humano y logística, para enfrentar futuras pandemias?” (Anexo 3, p. 2).

3.2.2 Utilización proselitista y política del proyecto

Como lo plantea Jairo Humberto Restrepo (2020), el PL 010 tiene como trasfondo la intención del gobierno nacional de ganar gobernabilidad al apoyarlo: eventos externos al sistema, como la pandemia y las condiciones políticas del país, hacen de este proyecto la oportunidad para mostrar avances en una problemática que ya se ha vuelto parte de la agenda pública y que podría aportar al ejecutivo una posibilidad de mantener mayorías parlamentarias en el Congreso y legitimarse ante la opinión, con una causa sensible y agendada, como es la reforma a la salud. Es llamativo que, gozando de mensaje de urgencia desde el 23 de septiembre, a la fecha aún no se haya llevado la discusión en las comisiones conjuntas. Como lo explica Marcela Vega (comunicación personal, 14 de octubre de 2020), esto se debe a que se han agendado una serie de audiencias regionales que podrían responder al ánimo proselitista que ya se empieza a vivir, previo a las elecciones presidenciales y al Congreso del 2022, que son eventos externos al subsistema que también lo activan.

3.2.3 Relación con otras políticas

Tras la entrada de Colombia en la OCDE y como fruto de recomendaciones de organizaciones multilaterales, Colombia está cercana a un debate de reforma pensional y laboral, asuntos relacionados de manera directa o indirecta con las reformas a la salud. Es este proyecto, entonces, un termómetro de las condiciones que podrían activar otros subsistemas y producir cambios en otras políticas.

3.3 Escenario más probable

La hipótesis de la investigación, respecto al resultado más probable del PL 010 fue la de una victoria de la coalición dominante, con precarios niveles de organización de la coalición externa, y poca o ineficaz contestación desde la protesta social, en el contexto de desmovilización social causado por la pandemia.

El escenario más probable está dado por las condiciones del subsistema de políticas en salud. La coalición dominante, aunque con diferencias en algunos asuntos, ha sido un bloque que ha actuado de manera coordinada en los 27 años de existencia de la Ley 100; por eso, las diferencias en el contenido del Proyecto de ley podrían ser fácilmente subsanadas en el trámite, sin dar al traste con el proyecto, pues, como lo deja ver la posición del Ministro de salud y el Mensaje de urgencia del gobierno, el PL es importante para el mismo.

El proyecto debe dar un primer debate en la legislatura del 20 de julio del 2020 al 20 de julio del 2021, lo que da tiempo a la coalición dominante para desplegar la acción proselitista que, según exponen Restrepo (2020) y Marcela Vega (comunicación personal, 14 de octubre de 2020), podría acompañar el objetivo de este proyecto.

Aunque a la fecha el proyecto de ley aún no ha dado su primer debate, los elementos recopilados para el análisis documental, las entrevistas, entre otros, permiten inferir que la hipótesis se ha confirmado en los elementos relacionados con el impulso que ha tenido el proyecto, en particular por el Mensaje de urgencia del gobierno y el apoyo al mismo por parte de los demás miembros de la coalición dominante. También se confirma la hipótesis respecto a la coalición externa, pues, si bien ha logrado agruparse en el llamado *Pacto por la salud*, no ha consolidado los recursos suficientes para lograr su objetivo de archivar el proyecto.

3.4 Consideraciones finales

En clave de lo planteado por el Enfoque de coaliciones promotoras para ubicar los elementos que promueven cambios en las políticas públicas, se podría afirmar que realmente no hay eventos externos al sistema, distintos a la pandemia –que parece no haber influido mucho, ni siquiera en el contenido del Proyecto de ley–, que permitan inferir una posible transformación estructural de las políticas. No hay cambios en la opinión pública ni profundos en la coalición gobernante o sensibles en las condiciones socioeconómicas; no hay apertura del sistema político o asuntos en el subsistema, provenientes de otras políticas, que puedan impulsar transformaciones estructurales en un sentido distinto al del marco de creencias de la coalición dominante.

Las acciones de la coalición externa a la fecha no han tenido la contundencia suficiente para inclinar la balanza a su favor o para archivar el proyecto; menos aún para lograr una reforma estructural, la cual, de entrada y por las reglas del proceso legislativo –que es relativamente estable– requeriría del visto bueno del gobierno nacional, para impulsar reformas con impacto fiscal: el gobierno apoya el Proyecto de ley de la coalición dominante.

Por otra, respecto al aporte de esta investigación al desarrollo de la disciplina de las políticas públicas, se ayuda a orientar futuros análisis que puedan articular, por un lado, las discusiones académicas sobre una política concreta y, por el otro, los asuntos de agendamiento y toma de decisiones –elementos claves para las coaliciones y los actores que juegan en el debate público–. Esto es así gracias al uso de uno de los enfoques críticos al ciclo de las políticas públicas, para analizar casi en tiempo real los actores, contenidos, elementos en debate, coyuntura política, creencias, entre otros aspectos, de uno de los sectores más importantes de la agenda social del Estado, como es el de la salud.

En los subsistemas de las políticas públicas en particular, este trabajo se convierte en un insumo para que las discusiones actuales ubiquen concretamente, en medio de las dispersiones del debate político o la simplificación de las arengas, los asuntos y discusiones que permitirían construir consensos, por lo menos en lo relacionado con políticas y creencias secundarias; y también las acciones para lograr condiciones que faciliten los cambios estructurales que se reclaman. En particular, este autor ya ha hecho llegar muchas de estas reflexiones a los escenarios de discusión del Congreso de la República.

Quedan asuntos por resolver para entender mejor los intrínquilis del subsistema y la relación de los actores en cada una de las coaliciones, los mecanismos formales e informales operantes y cómo estos afectan las dinámicas del subsistema y la construcción de los marcos de creencias.

Referencias

- Agencia de Noticias UN (2020, julio 22). Condiciones laborales para personal médico son precarias. En: *Agencia de Noticias UN*. Disponible en <https://bit.ly/3kVewaC>
- Ahumada, J. (2020, octubre 16). *Debate Académico Nacional. Proyecto de Ley 010. Reforma al Sistema de Salud* [video]. Disponible en <https://bit.ly/37rE0Zi>
- Álvarez-Rosete, A., & Hawkins, B. (2018). Advocacy Coalitions, Contestation, and Policy Stasis: The 20 Year Reform Process of the Colombian Health System. *Latin American Policy*, 9(1), 27-54. Disponible en <https://doi.org/10.1111/lamp.12141>
- Aprende en línea (2016). Principios del SGSSI y del SGSSS. Tema 2. *Curso Seguridad Social en Salud I*. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/course/view.php?id=319>
- Caracol Radio (2020, noviembre 1). Anthoc denuncia que profesionales de la salud siguen desprotegidos. En: *Caracol Radio Cúcuta*. Disponible en <https://bit.ly/35TDAs4>
- Echeverry, M. E. y Borrero, Y. 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. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030714>
- Escobar, J. P. (2020, octubre 16). *Debate Académico Nacional. Proyecto de Ley 010. Reforma al Sistema de Salud* [video]. Disponible en <https://bit.ly/37rE0Zi>
- Facultad Nacional de Salud Pública (2020, octubre 16). *Debate Académico Nacional. Proyecto de Ley 010. Reforma al Sistema de Salud* [video]. Disponible en <https://bit.ly/37rE0Zi>
- Gómez, J. (2020, octubre 10). *Proyecto de ley 010: una reforma para empeorar la salud en Colombia* [video]. Disponible en <https://bit.ly/2IUQY7J>
- Hernández, M. (2020, octubre 16). *Debate Académico Nacional. Proyecto de Ley 010. Reforma al Sistema de Salud* [video]. Disponible en <https://bit.ly/37rE0Zi>
- Instituto Nacional de Salud – INS (s.f.). Informe 3. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Disponible en <https://bit.ly/3dJNlHC>

- Kingdon, J. (2010). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2^a ed.). Washington D. C.: Longman Classics.
- Kutzin, J. (2011, November.). Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? In: *1st annual meeting of SBO network on health expenditure. 21-22 November 2011, Paris, OECD. World Health Organization.* Available on <https://bit.ly/3myruMJ>
- Londoño, J. G. (2015). Crónica de una incoherencia. Disponible en <https://bit.ly/3kjjvBe9>
- Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. BID. Oficina del Economista Jefe. Doc. de Trabajo 353. Disponible en <https://bit.ly/2FSF6le>
- Restrepo, J. H. (2020, octubre 16). *Debate Académico Nacional. Proyecto de Ley 010. Reforma al Sistema de Salud* [video]. Disponible en <https://bit.ly/37rE0Zi>
- Ríos, J. D. (2020, octubre 30). Sector salud encabezará el paro del 19 noviembre. En: *Blu radio.com*. Disponible en <https://bit.ly/381tXuf>
- Sabatier, P. (ed.) (2010). *Teorías del proceso de las políticas públicas*. Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado.
- Semana. (2013, octubre 29). Trabajadores de la salud ponen en jaque a la reforma. *Revista Semana*. Disponible en <https://bit.ly/2GqT7al>
- Tafur, L. A. (2011). El sistema de salud de Colombia. En: *4^{to} Foro El sistema de salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud*. Disponible en <https://bit.ly/32HGYWR>
- Tarrow, S. (1997). *El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza Editorial.
- Torres, M. (2013, noviembre 22-28). El triángulo de poder de la salud en Colombia. *Semanario virtual Caja de Herramientas*, Ed. # 00378. Disponible en <https://bit.ly/31wjrl>
- Vargas, L. (2019, mayo 20). Colombia, entre los países de Latinoamérica que menos gastan de su bolsillo en salud. En: *La República*. Disponible en <https://bit.ly/3kvDA7y>

Velásquez, P. (2020, agosto 19). Deudas a IPS asciende a \$40.1 billones según la Procuraduría. En: *Consultorsalud*. Disponible en <https://bit.ly/326tpzj>

Wallace, L. (2013, Jan.) A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*, 11(1): 84. Available on <https://bit.ly/3kyF54V>

Weible, Ch. & Jenkins-Smith, H. (2016). The Advocacy Coalition Framework: An Approach for the Comparative Analysis of Contentious Policy Issues. In: G. Peters & Ph. Zittoun (eds.), *Contemporary Approaches to Public Policy. Theories, Controversies and Perspectives* (pp. 15-34). London: Palgrave Macmillan.

Weible, Ch., & Sabatier, P. (2017). *Theories of the Policy Process*. New York: Routledge.

Leyes

Congreso de Colombia (1992, junio 17). Ley 5 de 1992. Por la cual se expide el Reglamento del Congreso, el Senado y la Cámara de Representantes. *Diario Oficial*, No 40.483 de 18 de junio de 1992.

Congreso de Colombia (1993, diciembre 23). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, No 41.148 del 23 de diciembre de 1993.

Congreso de Colombia (2007, enero 9). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, No 46.506 del 9 de enero de 2007.

Congreso de Colombia (2011, enero 19). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, No 47.957 de 19 de enero de 2011.

Congreso de Colombia (2015, febrero 16). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, No 49.427 de 16 de febrero de 2015.

Sentencias

Corte Constitucional (2008, julio 31). Sentencia T-760/08. Disponible en <https://bit.ly/3euqjdx>

Corte Constitucional (2010, mayo 19). Sentencia C-378/10. Disponible en <https://bit.ly/363FN4f>

Corte Constitucional (2014, mayo 29). Sentencia C-313/14. Disponible en <https://bit.ly/2HS0dFD>

Proyectos de ley

Proyecto de ley 105 de 2012 Senado (2013). Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en <https://bit.ly/2TTD0VT>

Proyecto de ley 210 de 2013 Senado (2013). Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en <https://bit.ly/387FQPj>

Proyecto de ley 233 de 2013 Senado (2013). Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud. Disponible en <https://bit.ly/3kWAFVQ>

Anexos

1. Radicación Proyecto de Ley [010]. (2020, julio 20). Radicación Proyecto de Ley “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”.
2. Duque, I. (2020, septiembre 23). Mensaje de Urgencia al Proyecto de Ley 010 de 2020 Senado.
3. ACEMI (2020, septiembre 8). Comentarios de ACEMI (Asociación de Empresas de Medicina Integral), al Proyecto de Ley No 10/2020 Senado.
4. GESTARSALUD (2020, octubre 20). Consideraciones Proyecto de Ley PL 010/2020S – 425/2020C

5. Pacto Nacional de unidad por la Salud y la vida de todos los colombianos y las colombianas, 2020, agosto 7.
6. Solicitud de archivo del Proyecto de Ley 010 de 2020-Senado de la República, 2020, septiembre 28.
7. Congreso de Colombia (2020, septiembre 23). Texto definitivo aprobado en primer debate en sesiones conjuntas de las comisiones económicas terceras y cuartas del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes Proyecto de Ley Nos. 296 de 2020 y 185 de 2020 Senado. Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021.
8. Cristancho, J. (2020, octubre 6). Solicitud a la comisión séptima para aprobar la realización de una audiencia pública virtual para la discusión y socialización del Proyecto de ley No 425/20 Cámara - 10/20 Senado “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del sistema general de seguridad social, de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad del sistema de salud.” Lo anterior, teniendo en cuenta el mensaje de urgencia que versa sobre el mismo y la necesidad de escuchar a los actores del sistema de salud y demás entidades que participan en la vigilancia del sector.
9. Congreso de Colombia (2020, septiembre 30). Resolución 019 de 30 de septiembre del 2020. Por la cual se autoriza sesionar conjuntamente a las comisiones séptimas constitucionales permanentes del Senado de la República y la Cámara de Representantes.