Imprimir

* *Presidenta Corporación Latinoamericana Sur, Vicepresidenta Federación Médica Colombiana*

Me propongo en este texto continuar con la discusión sobre el sistema salud colombiano y su necesaria e imperiosa reforma. Inicio aclarando tres falaces supuestos sobre los cuales los defensores del actual modelo pretenden generar una matriz de opinión favorable al "todo debe seguir como está porque el modelo es bueno", y, en consecuencia, "no se requiere una reforma estructural sino unos ajustes". Aporto este documento para propiciar la discusión de fondo sobre el modelo de la ley 100 e intentar superar la pantanosa y superficial opinión pública que algunos grupos de interés y cierto periodismo parcializado, desinformado y propagandista ha propiciado en los últimos días. Un tema tan crucial para la vida de los colombianos merece ser abordado con perspectiva crítica y analítica.

Las falacias en el actual debate público

La defensa férrea del modelo de salud de la ley 100 se da sobre tres supuestos que son falaces. Los tres exponentes de esta postura en las últimas semanas han sido el exministro de salud y precandidato presidencial Alejandro Gaviria, el expresidente Cesar Gaviria y el exsecretario de salud del alcalde Peñalosa y director de la EPS Savia Salud Luis Gonzalo Morales. Tres premisas plantean: la primera es señalar que las EPS son aseguradoras en vez de simples intermediarios que administran recursos públicos de la salud; la segunda se refiere a que estas entidades gestionan el riesgo técnico y financiero del sistema y, la tercera, es que estas entidades son las responsables de la atención de la población.

Sobre el primer punto, el gremio ACEMI, que agrupa las principales de EPS del país, responde ambiguamente frente a este cuestionamiento y expresa en uno de sus boletines:

"Otra cosa es que sean aseguradoras especiales en cuanto no definen la prima ni la póliza, ni las condiciones del aseguramiento y a que son a la vez prestadoras directas de algunos

servicios médicos. En ese sentido se habla de un aseguramiento híbrido y complejo."[1]

" (…)En todos los casos, los propietarios de las EPS han terminado aportando capital para alcanzar un nivel de solvencia y de reservas suficiente; en los próximos 8 años, las EPS deberán hacer aportes directos de capital por más de 6 billones de pesos, debido a que son verdaderas entidades de seguros y asumen diferentes tipos de riesgo por su condición (…)"

Los hechos parecen no darles la razón en las capitalizaciones que refieren. En Colombia es sabido que las EPS son cedulares, fueron construidas sin capitales privados y con los aportes públicos de los colombianos; creadas con la cédula, por tanto, el riesgo financiero lo asume realmente el Estado. Esta es la génesis del entuerto que hoy tiene al sistema en un desfalco que el informe de la Supersalud del año 2021 muestra que las cuentas por pagar de 32 de 44 EPS que registraron ascienden a 23,6 billones de pesos y tienen cuentas por cobrar de 13,2 billones de pesos, de las cuales 47% corresponde al ADRES (fondo público de los recursos públicos de la salud)[2]. Estos informes los construye la Supersalud con los reportes de las EPS.

El informe también muestra que el 23,3% de las deudas de las EPS con clínicas y hospitales es cartera mayor de 360 días, prácticamente irrecuperable. Se desconoce hasta ahora cuantas son las deudas de las más de 100 EPS liquidadas en los 30 años de la ley 100, dado que en un inicio existían aproximadamente 200 de estas organizaciones; es decir, los colombianos pagamos 200 burocracias para administrar un sistema de salud que, si hubieran sido aseguradoras tal y como lo expresa ambiguamente el gremio que las agrupa ACEMI y los defensores del modelo de la ley 100, contarían con un sistema de reaseguros y reservas técnicas para respaldar las deudas adquiridas con los prestadores de servicios de salud, que son realmente los hospitales y clínicas del país y que son, en últimas, quienes asumen la gestión del riesgo en salud y la atención de los pacientes. Dado que no existe un sistema de información público que dé cuenta de las transacciones financieras, lo que constituye una caja negra proclive a todo tipo de corrupción, las cifras de la Supersalud pueden estar subvaloradas. Algunas organizaciones de la sociedad civil como Así Vamos en Salud, calculan que las deudas podrían superar los 55 billones de pesos.

Entonces no es cierto ni que sean aseguradoras ni que gestionen el riesgo financiero y técnico en el sistema. El caso más elocuente es el que tenemos en la actualidad con Cafesalud y Cruz Blanca, que no son manzanas podridas sino dos casos que evidencian la manera real en que funciona el sistema de salud.

El desfalco financiero del sistema no es una manzana podrida

El entramado comienza con la intervención de Saludcoop en 2011 después del fallo por responsabilidad fiscal emitido por la Contraloría General de la República por un desfalco de cerca 1,4 billones que, por cierto, se desconoce su paradero y no han sido devueltos. Los afiliados-pacientes fueron trasladados a Cafesalud que hacían parte del consorcio de Saludcoop, para lo cual se le hizo una inyección de recursos por 200 mil millones de pesos, Bonos convertibles en acciones (BOCAS), siendo posteriormente vendida en una polémica maniobra que aún enfrenta un litigio en los tribunales judiciales. Con esta venta se creó la EPS Medimás que comenzó con seis millones de afiliados y ahora va en 1,5 millones por el traslado de afiliados por deshabilitación de su funcionamiento en diversos territorios del país. Se sabía antes de la venta que el consorcio que conformó Medimás no contaba con las condiciones para administrar la contratación de la atención, no obstante. en el Ministerio de Salud y la Superintendencia ocupada en ese entonces por Alejandro Gaviria y Norman Julio Muñoz, promulgaron actos administrativos y otorgaron todo tipo de dádivas para que esta cuestionada transacción se diera. Esto implicó, entre otras cosas, la flexibilización de los criterios de solvencia financiera para permanecer en el sistema. Esto ha significado pérdidas de billones de pesos y de vidas humanas, y llama la atención cómo las mismas personas que tienen responsabilidad en esta situación salgan en defensa férrea del modelo, promoviendo el continuismo y pregonando la inmutabilidad de las EPS.

El portal Consultorsalud[3] hace este recorrido por las cifras, todo esto ante la mirada impávida de los organismos de control y la responsabilidad política de los últimos dos gobiernos. Las acreencias de SaludCoop sumaron más de 8 billones, de los cuales sólo se

reconocieron 3,2 billones. Posteriormente la Contraloría General de la República imputó responsabilidad fiscal por un detrimento patrimonial de $219.734 millones de pesos en contra de Guillermo Grosso, ex interventor de la EPS-Saludcoop, por anomalías presentadas mientras intervino la institución (27 de mayo de 2013 al 24 de noviembre de 2015), posteriormente se tomaría la misma decisión contra Luis Martin Leguizamón agente especial liquidador de Saludcoop EPS y posteriormente a Angela María Echeverri Ramírez quien también fue agente especial liquidador. Lo último ocurrido es el anuncio del liquidador de Cafesalud que el pasado 15 de febrero de 2022 declaró el desequilibrio financiero de la entidad, con la imposibilidad material y financiera de construir una reserva técnica y económica para reconocer sus deudas, en ese sentido las acreencias contra Cafesalud EPS en liquidación, fueron del orden de $8,59 billones, de las cuales se rechazaron $7,33 Billones, y reconocieron únicamente $1,32 billones. En cifras gruesas el desfalco Saludcoop-Medimás supera los 14 billones de pesos, entre lo que dejaron de pagar y los saqueos documentados por la Contraloría General de la República.

Esto constituye un golpe inmenso a los hospitales y clínicas como lo han declarado las principales agremiaciones que los representan, todo esto sumado a las deudas tampoco reconocidas por otras entidades liquidadas como Salud Vida, Emdisalud, Salud Condor, Selva Salud, entre otras. Un caos enorme de unas entidades que claramente no asumen sus deudas porque no tienen reaseguros, ni reservas técnicas adecuadas, y que en la práctica ha sido malos administradores de recursos públicos de los colombianos. Esto se suma a las deudas que tienen las instituciones hospitalarias con los trabajadores y personal de la salud encargado de la atención de los pacientes y ciudadanos. ¿Conocerá estos detalles el Ex Presidente Cesar Gaviria que recientemente ha expresado ante la opinión pública la defensa irracional de las EPS como una de sus banderas rojas ante alguna negociación electoral?, o simplemente esta sirviendo de vocero de pequeños o grandes intereses que les conviene que este caos se perpetúe.

Esta trama de deudas parece ser no la manzana podrida, sino la gramática misma del funcionamiento del sistema de salud. Recientemente se conoció que el proceso de liquidación de Cruz Blanca EPS va por la misma vía, que tiene unos activos de 72.984

millones de pesos que ya están comprometidos en los exorbitantes gastos de administración de la liquidación y unas deudas alrededor de 294 mil millones que tampoco llegarán a sus destinatarios[4]. La opacidad de las operaciones financieras es tal que algunos dirigentes gremiales de los hospitales han afirmado que esta operación podría terminar en liquidación de hospitales (por deudas no pagadas) por una fallida intermediación financiera y administrativa que actores políticos sostienen que deben mantener a toda costa.

Alguna Prensa y el debate público sobre la Salud

En el contexto anterior el despiste mayor es el del portal Silla Vacía, que motivada más por su antipetrismo que por un examen pluralista y ecuánime de la realidad del sistema de salud, publica recientemente una historia denominada *El carretómetro: la propuesta de Petro para cambiar el sistema de salud es carreta*, en el que examinan la propuesta del candidato de marras, que en un debate televisivo dijo que debía prescindirse de la figura de las EPS, cuyas funciones podrían ser asumidas por las secretarías de salud, y que el énfasis del sistema debería ser la prevención. Para ello la Silla Vacía entrevistó a siete expertos, sin aclarar que seis de los entrevistados son defensores del modelo actual; algunos son representantes de las EPS, otro se ocupa de un ideologismo de oficio del negocio de la salud y en la generación de opinión favorable al mismo. Me llamó la atención lo que dice uno de los expertos:

"*Esto lleva a otro problema y es el del rol de gestión financiera. "Las EPS gestionan el riesgo financiero del sistema entero a través de gestionar el riesgo de ellas mismas. Las Secretarías de Salud no tienen actuarios, no tienen auditores, ¿cómo van a hacerlo?"[5]*

El señor no se ha dado cuenta que tal afirmación es un supuesto fácilmente contrastado con el caos financiero que campea en el sector: tal gestión del riesgo financiero por parte de las EPS no es real, es un supuesto ideológico que nunca ha ocurrido y es evidenciable en las cifras de la propia Superintendencia de Salud que hemos reseñado. Desde hace treinta años el modelo mismo se ocupó de generar la esquizofrenia de desmontar las capacidades

instaladas de las secretarías para entregárselas a las EPS que tampoco está asumiendo ese riesgo, intermediarios que reciben billonarias sumas de los colombianos para asumir esta supuesta función.

En las respuestas siguen hablando de la alineación de incentivos, de un conjunto de supuestos que ya no fueron en medio de un sistema que hizo agua. Para denigrar lo público (en lo que por demás varios de los entrevistados han trabajado como funcionarios o asesores) repiten el lugar común de todos los defensores del modelo de la ley 100, que consiste en traer a colación los hechos de corrupción del cartel de la hemofilia de Córdoba, sin advertir que estos desfalcos y capturas de clanes regionales de recursos públicos también se dan en el contexto del modelo de la ley 100. Estos escándalos ya sucedieron y están sucediendo, no es que se vayan a presentar si se hace un cambio del sistema, por tanto, cualquier cambio estructural que se proponga también tiene que contemplar esa realidad que tampoco resolvió el modelo que defienden ciegamente.

Eso sí, los expertos que entrevista la Silla Vacía se cuidan de mencionar los desfalcos y hechos de corrupción demostrados a las EPS, son omitidos por completo y estos corresponden al grueso del sistema, dado que son las EPS las que manejan los recursos de la salud. Con ese tipo de argumentos la Silla Vacía concluye que la propuesta de Petro es inviable y es carreta.

Toda esta carreta es la que vienen echando hace tres décadas mientras el sistema hace agua, con el apoyo de algunos medios de comunicación que se ocupan de hacerle propagandismo al modelo y reproducir acríticamente las posturas del bando cuestionado, con el resultado de un cercenamiento y empantanamiento del debate público.

La Salud y el debate Electoral

En el debate de la salud Gustavo Petro, Camilo Romero y Francia Márquez, los candidatos del Pacto Histórico, son los que se han manifestado en este mismo sentido y son quienes han

detectado el problema del sistema de salud, les asiste la razón cuando plantean que el sistema de salud no necesita EPS, debe tener una vocación preventiva y debe ser administrado de manera pública. Eso lo ha dicho la Organización Mundial de la Salud y es una realidad de perogrullo en los países donde existen los mejores sistemas de salud del mundo. En Canadá, Inglaterra, Francia, Costa Rica o Brasil, a nadie le estarían diciendo "comunista", "populista" "carretudo" por hacer un planteamiento de estos.

Las demás coaliciones en la campaña electoral no están proponiendo nada distinto a lo que es fallido ahora, este es el caso de la propuesta del candidato Sergio Fajardo recientemente publicada, en la que acierta en el diagnóstico del caos financiero del sistema, el reconocimiento de los efectos del mismo en la prestación de servicios de salud en relación con la tutela que, en tiempos ordinarios pre pandémicos, llegaron a superar las 200 mil en un año. Es decir, más de 200 mil personas estuvieron a punto de perder su vida o calidad de la misma. El documento tiene un conjunto de propuestas, pero todas están montadas sobre la base de mantener la intermediación financiera y administrativa de las EPS para desarrollar las mismas, lo cual las vuelve inviables y fallidas. El aporte propositivo de Fajardo es el de un modelo territorializado de salud, lo cual suena bien, pero vuelve a apelar al supuesto falaz de que esto es posible logrando una coordinación voluntarista entre clínicas, hospitales, secretarías y EPS. Esto es lo mismo que intentó hacer la ley 1438 de 2011, posteriormente el Modelo de Atención Integral MIAS, que luego se convirtió en MAITE, intentos del modelo por hacer algo de la atención primaria que debe ser territorial, pero sin tocar el núcleo duro de la estructura intermediadora, que la realidad, los estudios y los hechos han demostrado que es lo que impide una mejora contundente, porque tal coordinación no es real cuando un solo actor- las EPS- es quien tiene los recursos.

Con estos recursos se cooptan las instituciones estatales, la política y la contratación para llevar a cabo la prestación de servicios, con el incentivo perverso que entre más se nieguen servicios más recurso se puede apropiar. Sin desmontar estas prácticas, cualquier propuesta es retórica y hace parte de los intentos cosméticos de reformas a la ley 100 no implementables. La propuesta de Fajardo es sencillamente retórica, es más de lo mismo que no se ha podio implementar. Se destaca que se avanza en reconocimiento de los

determinantes sociales de salud como una apuesta necesaria de intervenir en el sistema, no obstante, esto se plantea de manera muy general.

En cuanto a la coalición Equipo Colombia, sus propuestas van encaminadas a continuar en lo mismo, la defensa del modelo. Recientemente fueron invitados a un foro pluralista de candidatos al senado, convocado por diversas organizaciones de la sociedad civil en la Universidad Nacional de Colombia y simplemente no asistieron, interpretamos que este tema para este espectro político no tiene ni si quiera discusión, para ellos el modelo que tenemos está muy bien, y lo que acogen es la ruta adoptada por el actual gobierno, de aspirar a llegar a tener un oligopolio de las mejores EPS, porque el supuesto de la competencia de mercado entre una diversidad de las EPS que pregonan hace 30 años, tampoco era realidad.

La Coalición de la Esperanza conforme se expresó en el foro de candidatos al Senado, tiene posturas encontradas, un sector apuesta a una verdadera reforma estructural de la salud, y otros están entre las posturas de Sergio Fajardo y la defensa férrea del actual modelo que es la de Alejandro Gaviria, que en todo caso frente al tema calla y va por las ramas. Supongo que ante la actual crisis sus asesores debieron advertirle que no es conveniente abrir esa discusión por la enorme responsabilidad política que le asiste frente a la debacle actual de liquidaciones de EPS que no cumplen con los pagos a los hospitales y clínicas. Se va por las ramas hablando de salud mental y temas varios, de manera muy cosmética para no enfrentar un debate en donde tiene la mayor responsabilidad política.

La propuesta alternativa de la sociedad civil

Desde la sociedad civil se ha levantado la bandera *No más EPS, por el Derecho Fundamental a la Salud*. Hace cinco años, diversas organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales, instituciones académicas y científicas vienen trabajando en el desarrollo de la ley estatutaria de salud 1751 de 2015 (El Derecho Fundamental a la Salud) que en el orden legal y constitucional acaba la ley 100, porque es una normativa de rango superior. Así, en la

práctica, en este momento acabar la ley 100 implica terminar con la intermediación que después de 30 años es más que claro que no aporta valor agregado al sistema de salud. La ley estatutaria contempla los mecanismos y los acumulados del Estado social de derecho para garantizar la universalidad, la solidaridad, la equidad, y los diversos elementos que fueron promesas incumplidas del modelo de la ley 100, que no fueron realidades, porque 30 años es tiempo suficiente para evaluar lo que fue y lo que no pudo ser.

Los mejores sistemas de salud del mundo no requieren intermediaros, es decir, EPS que ni aseguran, ni gestionan ningún riesgo y que se limitan a mal administrar los recursos y aportes de los colombianos para el cuidado de la salud y la vida. Colombia es el único país en donde se ha impuesto esta figura como un supuesto inapelable actor del sistema. Como lo hemos demostrado, esta intermediación ha fracasado y nuestro punto se evidencia en la información que hemos expuesto, a pesar de que no se cuenta con la totalidad de la información, porque la ausencia de un sistema de información público nos impide conocer la totalidad de los desfalcos que se han presentado, datos que deben reposar en la Supersalud y que deberían ser publicados.

Hacer una reforma estructural no implica acabar todo y empezar de cero, este es el eufemismo que los defensores de la ley 100 quieren lanzar para confundir, tampoco es cierto que las EPS respondan por la atención de la enfermedad, esto en realidad lo hacen las clínicas y los hospitales con el personal de salud que labora allí, y que son justamente quienes padecen la quiebra del sistema. Allí donde se atiende el paciente es donde la intermediación no permite que fluyan los recursos de manera directa.

La propuesta de proyecto de ley (que contiene 18 capítulos y 229 artículos, que será presentado en el próximo periodo legislativo y que contiene la propuesta para organizar un nuevo modelo con mecanismos de transición). Los capítulos están referidos y desarrollan con detalle las disposiciones generales, determinantes de salud, financiamiento, política de formación en salud, régimen laboral para los trabajadores y trabajadoras del sector, inspección, vigilancia y control, política nacional de ciencia, tecnología en innovación en salud, política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, sistema público integrado

de información, modelo de atención, autonomía profesional y autorregulación, prestación de servicios, régimen disciplinario sancionatorio y disposiciones transitorias; todos estos enmarcados en el desarrollo de la ley estatutaria 1751 la sentencia C-313 de la Corte Constitucional.

La propuesta plantea que el sistema será público, descentralizado con prestación de servicios de salud, público, privado y mixto. El nuevo modelo tendrá dos instancias: una es la rectoría que se encarga del diseño y discusión de las políticas públicas del sector, y la de dirección que se encargará de la ejecución y administración del sistema, estas dos serían las que reemplacen las confusas funciones que hoy ejercer las cuestionadas EPS.

El organismo rector estaría dado por un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud integrado por el gobierno nacional y diversos representantes de la sociedad civil, trabajadores, academia, agremiaciones, empresarios. Este mismo consejo se replicará para la rectoría de la política pública a nivel departamental, municipal y distrital. Esto busca la mayor participación de la sociedad en la discusión de las políticas públicas de salud, esto fue una idea inicial del modelo de la ley 100 que no llegó a buen término porque los poderosos intereses de los intermediarios les convenía no someterse al escrutinio público.

El órgano de dirección sería el Ministerio de Salud a nivel nacional, y a nivel territorial, es decir en los departamentos, distritos y municipios habría una figura denominada direcciones territoriales, conformadas por las secretarías de salud que no tendrían autonomía completa sino que estarían sometidas a una unidad técnica que es la que tendría en sus manos la definición de las formas de contratación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos (Clínicas y Hospitales hoy denominadas IPS), que se llevará a cabo a nivel del territorio departamental. Esta misma unidad asociada a la dirección territorial sería la encargada de hacer los procesos de auditoría y pagos directos a los hospitales y clínicas de los servicios prestados mediante la generación de un tarifario único que sería definido a nivel nacional por el Ministerio de Salud.

El sistema tendría la misma financiación pública de la actualidad con recursos fiscales y

parafiscales, que se distribuirían en fondos que existen en la actualidad, uno nacional que tendría una central de recaudo único cuyos rendimientos financieros se revertirán al sistema, cuya función entre otras es distribuir recursos hacia los territorios, compensado los que tienen menos ingresos territoriales por su número de habitantes; un fondo departamental que estaría encargado del pago de recursos a los prestadores de servicios de salud conforme a la auditoría de la unidad técnica asociada a la dirección territorial. Los fondos municipales que destinarán recursos para la atención básica y determinantes sociales de la salud, que serán ejecutados conforme a la planeación establecida por una unidades zonales de planeación y evaluación que en el marco de la Organización Mundial de la Salud en el contexto de la atención primaria en salud el numero de habitantes debería ser superior a 100 mil habitantes y menos de 1 millón de habitantes, que garanticen que estos recursos tengan una ejecución adecuada por parte de los municipios en la atención básica.

Medidas anticorrupción para blindar el Nuevo Modelo de Salud

En primer lugar, en el nuevo diseño institucional ningún actor tiene control absoluto sobre los recursos, todos deben rendir cuentas a una entidad colegiada superior. Todo lo contrario a lo que existe en la actualidad, en donde el Estado entrega billonarios recursos a unas entidades particulares que no están sujetas a ningún control político y social, siendo ellas mismas- las EPS-quienes entregan la información a los organismos de vigilancia para que juzguen la operación de los recursos. Este diseño institucional es en sí mismo un caldo de cultivo para la corrupción.

La segunda medida es un sistema de inspección vigilancia y control descentralizado, con un nombramiento meritocrático del superintendente de salud por concurso público en la función pública, institución con presencia en los territorios y en los consejos nacional y territorial de salud con voz pero sin voto, y con la obligatoriedad de responder las quejas y reclamos de la comunidad en menos de 72 horas, sin perjuicio de la acción de tutela. El tercer elemento es un sistema de participación social que se ha diseñado en todos los niveles del sistema, en la

prestación de servicios, diseño de la política pública, inspección, vigilancia y control, como una manera de establecer un control social sobre el sistema. Existe un capítulo en donde se establece un sistema de información público en línea- que hoy no existe-que establezca las transacciones administrativas, financieras, giros, y las condiciones de salud y enfermedad, para el control de los recursos y la toma de decisión de política pública. En quinto lugar, se estableció un capítulo que desarrolla la ley estatutaria en materia de régimen sancionatorio disciplinario, fiscal y penal frente a faltas que atenten con la garantía del derecho a la salud.

Ingreso del ciudadano al Nuevo Modelo de Salud

El sistema nacional de salud garantiza un derecho humano fundamental, luego todo ciudadano detenta ese derecho por el solo hecho de nacer en el territorio, en donde deberá registrarse con su registro de nacimiento en una clínica u hospital de primer nivel en su territorio, que tendrán unos centros de atención primaria en salud con un médico general con capacidad resolutiva. Desde este centro también se desplegará la estrategia preventiva de la enfermedad y promocional de la salud agenciada de manera transdisciplinar por personal de la salud y de las ciencias sociales. Ese primer nivel tendrá una red de referencia y contrarreferencia público y privada de segundo y tercer nivel de complejidad para el acceso de servicios especializados. La remisión la hace el médico, y sólo con la orden médica el hospital deberá gestionar el acceso y la cita en la especialidad requerida, la carga administrativa va de cuenta del hospital que remite. No se necesita autorización para acceder al servicio solo la orden médica.

Los servicios luego serán pagados y reconocidos mediante auditoria de la dirección territorial que se especifica en el proyecto, pero esto no debe interferir con la atención del paciente. En este modelo de red integrada e integrales de clínicas y hospitales, estos no compiten entre sí en el territorio, sino que se complementan. Así funciona en el mundo entero. Sino hubiera el servicio dentro del territorio se debe trasladar al paciente a otro territorio mediante transporte público medicalizado. Todo esto se encuentra detallado en la propuesta que ha

contando con la discusión durante cinco años de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 órgano consultor de la Corte Constitucional en materia de salud, diversas organizaciones médicas, de enfermería, sindicales y científicas que participaron en una cumbre social y política el pasado 6 y 7 de noviembre con 1400 delegados de todo el país, y la participación de más de 50 expertos en el área médica, de ciencia, innovación, políticas públicas, salud pública, derecho laboral, constitucional, administrativo, economía y finanzas.

La propuesta surte aún talleres y revisiones por grupos especializados de expertos y espera ser presentada próximamente al país en una gran conferencia nacional.

Bogotá marzo 2 de 2022

[1]https://acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/2-uncategorised/1089-cuales-son-las-afirmaciones-mas-frecuentes-que-realmente-no-tienen-sentido-son-irracionales-son-falacias-y-mentiras-o-son-fruto-del-desconocimiento-sobre-la-estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-y-del-papel-de-las-eps-6

[2] INFORME DE CARTERA DEL SECTOR SALUD Número 5, junio de 2021 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

[3] https://consultorsalud.com/cafesalud-no-pagara-sus-deudas/

[4] https://consultorsalud.com/cruz-blanca-eps-desequilibrio-financiero/

[5] https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/carretometro-la-propuesta-de-petro-para-cambiar-el-sistema-de-salud-es-carreta/