



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander
Colombia

Gutiérrez Ossa, Jahir Alexander; Restrepo Avendaño, Rubén Darío
SISTEMAS TERRITORIALES DE SALUD FRENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA
Revista CUIDARTE, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 623-632
Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533180006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SISTEMAS TERRITORIALES DE SALUD FREnte AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA

TERRITORIAL HEALTH SYSTEMS FOREHEAD THE GENERAL SYSTEM OF SOCIAL SECURITY OF COLOMBIA

Jahir Alexander Gutiérrez Ossa¹, Rubén Darío Restrepo Avendaño²

RESUMEN

Introducción: El artículo expone los elementos y fundamentos que podrían avalar la generación de sistemas de seguridad social en salud territorial, en complementación con el sistema general preexistente.

Materiales y Métodos: La eclosión generalizada en los sistemas de salud, implica la revisión de los modelos propuestos de carácter central y territorial. El análisis económico institucional, permite analizar las condiciones que tienen los sistemas generales para impactar en los esquemas territoriales. **Resultados:** Es el momento preciso, para que el sistema general en Colombia responda efectivamente en la materia, y que tanto ello, podría dar cuenta de la capacidad sistemática del mismo en el escenario territorial. **Discusión:** Es importante, que las gobernaciones y municipios planteen el alcance de dicha iniciativa. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, gira en torno a modelos y no a la concepción de sistema de salud efectivamente. **Conclusiones:** La definición de sistema de salud está opacando la atención para definir lo que implica efectivamente la salud, independiente de cualquier sistema al que se pretenda apuntar al final.

Palabras clave: Cobertura de Servicios Públicos de Salud, Evaluación en Salud, Sistemas Multiinstitucionales, Sistemas Nacionales de Salud, Políticas Públicas de Salud. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The article exposes the elements and foundations that could support the generation of social security systems in territorial health, in complementarity with the existing general system. **Materials and**

Methods: Hatching in health systems, involves the review of the proposed central and territorial character models. Institutional economic analysis, allows analyzing the conditions that have general systems to have impact on the territorial schemes. **Results:** It is the right time, for the general system in Colombia to respond effectively in the matter, and so therefore might give account systemic capacity of the territorial stage. **Discussion:** It is important, that the governorates and municipalities have the scope of this initiative. The General system of Social Security in Colombia revolves around models and not the conception of health system effectively. **Conclusions:** The definition of health system is overshadowing attention to define what effectively involves health, independent of any system to which it is intended to point to the end.

Key words: State Health Care Coverage, Health Evaluation, Multi-Institutional Systems, National Health Systems, Health Public Policy. (Source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La idónea consecución de un sistema general de seguridad social en salud para Colombia representa la única característica clara que ostenta la política estatal nacional. La revisión hecha a los diferentes sistemas generales de salud preestablecidos reviste dicha particularidad. No obstante, el revisionismo extremo ha sucumbido, ante las crasas dificultades de un sistema general, que aún no alcanza a ahincarse y mucho menos, han permitido como sistema, que terminen postulados híbridos o subsistemas emergentes de cara a la consolidación de los sistemas generales territoriales de seguridad social en salud (1).

¹ *Economista de la Universidad de Medellín, Colombia, Doctorado en Administración Pública, Atlantic International University (AIU), Hawái, (USA). Facultad de Administración, Universidad CES en Medellín y Universidad del Rosario en Bogotá. Autor de Correspondencia: Calle 10A No 22 – 04, Bo. 4 of. 04. Teléfono: 4440555, ext. 1411 E-mail: algutierrez@ces.edu.co*

² *Médico Cirujano de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Magíster en Salud Pública, Universidad del CES Medellín, Colombia.*

Artículo recibido el 30 de Enero de 2014 y aceptado para su publicación el 11 de Abril de 2014.

Cómo citar este artículo: Gutiérrez Ossa JA, Restrepo Avendaño RD. Sistemas territoriales de salud frente al sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Rev Cuid. 2014; 5(1): 623-32.

El alcance obtenido por la evaluación del sistema de salud colombiano ha tenido como balance, la no prevalencia de un sistema claro como tal, y de paso, la urgencia de no postergar más un tema al margen económico, político y social, que por su propia naturaleza no da espera. El sistema de salud pretendido en Colombia de manera ecléctica, no puede tener como punto de referencia la población venidera, sino la que está presente. Es controversial, que un sistema enmendado como el que se tiene presente enormes deficiencias e ineficacia, aún tenga que discutirse solo en el marco financiero y legal (2).

El Estado colombiano debe comprender la naturaleza de la salud como bien público. Si a ello, deja por fuera que este debe promover en estricto sentido las economías de escala, la formación bruta de capital y el progreso técnico, es imposible que una reforma por cuenta de ajustes financieros y prescripciones legales, enderece un sistema que está fuera de contexto a la hora de evaluar el claro sentido que debe tener este para poder responder. Las dificultades médicas, las enfermedades y los tratamientos no responden a elevaciones deuda, bases fiscales o reformas tributarias, y menos cuando estas son más volátiles (3).

El sistema de salud colombiano tiene dificultades para repensarse en cuanto a organización, industria y política que igualmente debe contener cualquier contexto definido como sistema. Así que, las perspectivas trazadas en la creación de sistemas generales de salud territorial, pasan por la comprensión del estado de naturaleza a la que obedece la salud en términos de los criterios de escala, formación y progreso. Contrario ello, lo único que llama la atención en el sistema de salud, es que solo responde de manera nominal, pero en nada encadena o habilita otras opciones para que el sistema salga a flote y tenga salidas (4).

La apuesta por sistemas de salud territorial responde a un interés evidente por parte de las autoridades regionales y locales en Colombia, por resolver un problema, que hace tiempo quebranto cualquier posibilidad de que sea resuelto por el Estado central. Si bien, puede entenderse como una especie de mitigación o paliativo a la hora de evaluar el carácter sistemas, es más que evidente, que el traslado del sistema general de salud en el país, pasará la cuenta las regiones que en esencia deben postular estrategias para equilibrar el desbalance estatal frente a las fisuras institucionales de un sistema de salud disfuncional (5).

En aras de responder a la materialización del sistema general de salud territorial en Colombia, el artículo responde a la siguientes conformación: 1. La evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia; 2. Análisis Sistemático del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia; 3. La estructura del modelo del sistema general de salud territorial que podría incubarse en algunas regiones del país. En esencia, las disquisiciones en materia de

salud, tienen por replica las acotaciones que cada agente interesado tiene respecto al tema, dejando por fuera los intereses para que efectivamente el sistema de salud en Colombia, más allá del modelo a incorporar, en el que se ha extendido el debate, pero no la solución (6).

MATERIALES Y MÉTODOS

La discusión comparativa de los sistemas de salud representa en esencia, el fundamento analítico y metodológico dirigido a establecer la trascendencia que tienen para la política de salud en el país, definir ante todo el sistema de salud, antes de lo que implica efectivamente la prestación del servicio. En la literatura, aún está por fuera del análisis la vinculación inherente a las necesidades y prioridades que en materia de salud requiere el país, más allá de la contemplación o mezcla de sistemas puros en salud, que en nada tiene vigencia, cuando en últimas la salud continua siendo un bien de naturaleza pública meritoria, en la que debe considerarse es su impacto, no el sistema tras del cual se piensa que resuelto de dicha manera, pueden solventarse los demás elementos (7).

El análisis económico institucional expone el carácter de análisis de impactos, beneficios y resultados que en cualquier escenario debe proveer la generación de recursos en los diferentes sectores económicos. A través de dicho análisis, no solo se refrenda el carácter objetivo de la actividad (salud) sino la trascendencia de la misma (bienestar). El análisis institucional, responde a un papel mucho más aprehensivo de lo que implica el contemplar, para este caso la salud o temas conexos, ubicándolos en condiciones mucho más prominentes como el mejoramiento de las condiciones productivas o sociales de la población. En este, terminan asociadas las variables económicas, políticas y sociales para encumbrar la salud en los frentes trazados bajo objetivos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSS)

El origen de los sistemas de salud pasa por la formación del Estado moderno, en tanto los fines adjudicados a este. La salud para sus comienzos fue ubicada en el marco de la oferta por parte del Estado, quien en atención a su población erigió los principios básicos de asistencia y disposición. En un principio, ajena a cualquier consideración económica, política o social, por cuanto, al margen de las circunstancias era apreciada como un bien meritorio con el que la sociedad debía contar o por lo menos disponer. Al ligarse la salud a la actividad económica y social, pasó a considerarse un bien de oferta pública con recursos directos del Estado, que al pasar el tiempo, logaría contar con recursos de los trabajadores.

El arribo del SGSSS emergió por cuenta de la atomización de la salud en manos del Estado y de las implicaciones que podría conllevar a efectos de las emergentes finanzas estatales, que abocando por un equilibrio de las mismas, conduciría a la reprogramación de los bienes públicos considerados como meritorios, entre ellos la educación. Así, el cambio de doctrina en cuanto a la salud de bien público a oferta pública tendría como fundamento, más que el acceso o la cobertura, los criterios de mercado que condujeron a la evaluación de los principios que le dieron origen. La aparición de sistemas estatales, públicos, privados o mixtos a su vez, que de modulación, en adelante darían paso a los conocidos SGSSS.

En términos de la dinámica de los procesos, cabe destacar que en sus orígenes las reformas del sector de la salud se vieron muy condicionadas por los procesos de reforma del Estado, el predominio de las consideraciones puramente financieras y la escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño. Sin embargo, desde mediados de la década de los noventa se ha avanzado en el reconocimiento de su complejidad y especificidad, en el reequilibrio entre actores nacionales e internacionales, y en cierta recuperación del liderazgo de las autoridades nacionales de salud (8).

La evolución del SGSSS en la mayoría de países del mundo responde a las necesidades de mejoramiento en los bienes y servicios prestos para la salud. En ellos, era hasta hace poco el Estado quien con cargo a aportes de los empleados formales y recursos públicos percibían la oferta existente en la materia conforme a sus requerimientos. El aumento de la población y el agotamiento de los recursos públicos del lado de la oferta, implicó para los Estados la revisión de los sistemas de salud, ahincados en la disposición y prestación del servicio hacia el acceso y la cobertura cuestionada, precisamente, en el régimen anterior. Así, el ascenso del SGSSS tendría el compromiso de alcanzar dicho escenario a saber.

Las reformas de salud son procesos de largo plazo, que tienen que estar bien comunicados, involucrar amplios seguimientos de la sociedad y tener a los usuarios como socios. Deben, por lo tanto, traspasar los gobiernos, demostrar resultados tangibles y generar iconos e ideales de satisfacción compartidos por todos. Al mismo tiempo, no se debe dar la impresión de que las reformas son una magia que transforma a corto plazo las condiciones de salud de la sociedad. Es necesario que se transmita una visión de largo plazo en términos de objetivos y metas de salud, que haya adecuada comunicación social para que cada actor coopere y haga su parte, que se busque mecanismos de planeamiento para separar acciones inmediatas, intermedias y futuras y que se sepa para donde ir, con qué instrumentos, con qué objetivos y con cuáles mecanismos de evaluación y control. Sobre estas bases es que la cooperación internacional debería financiar sus nuevos proyectos de salud, dejando a

criterio de los países se ellos deben ser vendidos o no como reformas (9).

El SGSSS cimentado en Colombia responde a las condiciones básicas diseñadas para el tipo de estructura económica y social dispuesta en el país. Concebido como mecanismo para salvaguardar las condiciones de salud de los ciudadanos. En un principio, el sistema solo respondía a criterios de oferta, en tanto, la asistencia y disposición de bienes de salud obedecían más a la infraestructura prevaleciente para ello. El salto de sistema de salud a SGSSS, fue encomendado precisamente por la baja calidad y poca cobertura “aparentemente demostrada” con el sistema anterior, auspiciado totalmente por el Estado. En el país, el SGSSS se encuentra atado a la revisión financiero, sin muchos resultados.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001 (10).

En cada vigencia legislativa se promueven reformas encaminadas a establecer un SGSSS en Colombia. La realidad ha indicado que el mismo solo responde a características básicas para su disposición. El aplomo de sistema, es aprehensivo en la medida en que cuenta con la infraestructura, económica, física y humana para responder de manera eficaz a los pormenores que implica un sistema. Es la hora, en que la deuda social en materia de salud sigue creciendo. Los principios acotados como metas para lograr un SGSSS han sido diluidos por la sobrevivencia financiera del sistema, entre otras razones, sobre las que los agentes y sectores del mismo ya no se entienden como el tema, y menos frente a la salud.

Hasta antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, que se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional (10).

El interés de los impulsores del SGSSS de ubicar a este en las postulaciones del mercado, para el caso colombiano, ha terminado por desdibujar los fines básicos de la salud. La denominada economía de la salud, ha pretendido bajo la versión nacional, acumular y salvaguardar los recursos para de manera superlativa entregar balances económicos y financieros a costa de un magro servicio

de salud. De ello, cada uno de los agentes que participa en el sistema en calidad de promotor (EPS), prestación (IPS), los profesionales de la salud, las instituciones del Estado y el Ministerio de salud, además de los clientes o usuarios (contribuyentes o subsidiados), tienen una versión diferente de lo que implica.

Dentro de esa gran discusión nacional hay varios temas que deberán ser incluidos. El primero es: ¿Cuáles son los beneficios a los que tenemos derecho todos los colombianos por estar afiliados al sistema? Frente a esta pregunta, gran parte de los expertos propuso que era necesario revisar y definir un plan de beneficios básico, que cubra a todos los colombianos y que pueda modificarse de acuerdo con la capacidad de pago de cada usuario; es decir, que los que puedan pagar más lo hagan, para evitar las inequidades en el acceso al sistema: la capacidad de pago no puede ser una barrera para que se le brinde atención a un ciudadano (11).

Es un sistema que presenta múltiples drenajes y fisuras que pasa por una legislación incompleta que no consulta la realidad del país en la materia. Es impulsado por intereses económicos, por encima del bienestar de la población. Ha pasado a ser un mecanismo de subasta tanto privada como pública, además de que se ha derivado en fragmentos que desdibujan la calidad del servicio, para evitar supuestamente comportamientos de colusión o verticales, en los que finalmente no se tiene claro si el SGSSS soporta o es más un concepto que elude a la problemática. Además, los clientes, pacientes o usuarios están fuera de la retina de los promotores y prestadores por cuenta de las deudas que permutan entre sí.

En realidad, quienes gobiernan los sistemas de salud no llegan a entender a cabalidad la interacción de tres factores importantes: la necesidad de servicios de salud de la población, la diferencia entre necesidad de servicios y demanda de servicios, y el derecho de los ciudadanos a un paquete de servicios de salud mínimo, el mismo que puede incrementarse con el tiempo y posibilidades de los gobiernos. La relación entre el uso o consumo de servicios de salud y los niveles de salud es también poco entendido o erróneamente determinado. De todo ello se deriva gran incertidumbre entre gobernantes, políticos e instituciones de la sociedad civil (12).

El agotamiento de los ajustes, planteamientos y resoluciones para solventar al SGSSS en Colombia, en lo único a lo que ha llegado a buen tránsito, es a la disquisición que tienen cada uno de los agentes o miembros entendidos como parte del sistema. Si es está la crasa realidad, es poco fructífero que se continúe apostando con la salud del país, en la medida en que se atiende más a la definición y sello de un sistema o la comparación con otros en términos generales, y no el de abonar camino, para establecer a ciencia cierta y conforme a la realidad nacional al sistema que efectivamente podría apostarle el país, por encima de

los consagrados intereses. Se requiere un cambio total del SGSSS no unas nuevas reformas.

El pasado mes de julio, la Corte Constitucional ordenó la reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de la sentencia T-760 de 2008, en la cual se estudiaron de forma conjunta veinte tutelas interpuestas por usuarios del sistema y Entidades Promotoras de Salud (EPS). A partir de esta revisión, la Corte consideró indispensable incluir modificaciones al SGSSS que permitieran garantizar, de forma efectiva, el pleno desarrollo del derecho a la salud en Colombia. Para ello, dispuso que las autoridades del sector salud, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, deben llevar a cabo reformas sustanciales como la revisión y actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), la unificación de los regímenes contributivo y subsidiado, el fortalecimiento de mecanismos de supervisión y financiamiento de las EPS, la garantía de cobertura universal en salud, entre otras. Estas medidas, en su mayoría, deben ser implementadas antes del año 2010 e implican importantes cambios en la prestación de los servicios de salud, el manejo de las finanzas públicas del sector y el modelo de negocios que han desarrollado las EPS en el país (13).

Es grandilocuente asumir la capacidad de sistema del SGSSS cuando este expulsa a medida que se intenta corregir, independiente a sus claros intereses, a los agentes que podrían efectivamente participar. En dicho sentido, debe identificarse el interés que muestran los capitales privados para participar en el mismo, a su vez, las convenciones por las cuales el Estado asume que en temas económicos y financieros, no puede ocuparse más si en lo institucional, que no funciona. Y a la deriva los pacientes o usuarios que ven como los cambios, propuestas y reformas, lo que han conducido son a un distanciamiento del sistema de salud, poniéndolo solo en un mecanismo de subasta al que acceden unos cuantos.

2. Análisis Sistemático del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

Es importante clarificar para el SGSSS si efectivamente responde a los criterios básicos de sistema. Sujeto a la tipología que se quiere explicar este puede constituirse como abierto, cerrado o mixto. En el primer caso, atiende a las contingencias que puedan presentarse. En el segundo, es blindado para tener resultados de mayor alcance. Y el mixto, responde más a ciclos que puedan influir para la acomodación o si es del caso, tener una trayectoria definida que permita evaluar el logro de metas u objetivos. En esencia, cualquiera que sea el sistema este debe ser explicativo de la realidad que atiende y no basta con solo evocar sus bondades o fallas, porque de lo contrario, no tiene como fundamentarse como tal.

El SGSSS en Colombia cuenta con unos recursos finitos, con los cuales se pretende dar la mayor cantidad y

calidad de servicios de salud a la población colombiana, pero el crecimiento de lo no cubierto por el plan de beneficios está poniendo en jaque al sistema, creando numerosos núcleos de ineficiencia, corrupción e inconsciencia, al no contar con los incentivos adecuados para contrarrestar los problemas anteriormente citados, llegando a gastar miles de millones en recobros de un solo principio activo y pagar en promedio tres veces el precio al que vende el laboratorio (10).

El sistema cerrado obedece al patrón característico de sistemas estatales o públicos en las que los fines y propósitos están trazados de manera inicial hacia la meta final. En este sentido, se explica como un mecanismo a través del cual la población en materia de SGSSS alcanza unos máximos u óptimos de bienestar, claro está, sujeto a solventar dificultades o internalizarlas de ser el caso. Es un esquema de largo plazo, sobre el que la salud plantea concretamente hacia dónde quiere llegar. No obstante, los sacrificios deben ser advertidos por el propio sistema para que este no eclosione o termine pervirtiendo las metas a seguir. En la medida de las circunstancias, es un sistema en el que la presión poco impacta.

El cambio de perfil epidemiológico y evolución de las expectativas de las personas impulsan la necesidad de reforma. La política de salud considera dos grandes líneas de acción: la prevención-promoción de salud (considerados bienes públicos) y la atención curativa (de directa atribución individual). Esta atención usualmente es considerada como de menor relevancia, por su relativo impacto en los niveles generales de bienestar en salud de la población. Los aspectos preventivos y los factores condicionantes de la salud tienen una influencia mucho más relevante en resultados sanitarios tales, como esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y otros de similar naturaleza. Sin embargo, estos indicadores venían mejorando significativamente, sin que ellos se expresaran en una mejor percepción ciudadana de la atención de salud. El bajo impacto de la atención curativa no se consideró como razón suficiente para no modificar sus mecanismos de atención y cumplir las aspiraciones ciudadanas (14).

El sistema abierto obedece más a las doctrinas liberales en las que los bienes meritorios pasan a ser de mercado. En este sentido, más que indicar la naturaleza de la mano invisible del mercado, es importante, que las propias instituciones definen que parte o si en su totalidad el SGSSS resiste los embates de las leyes de oferta y demanda, pero sin sacrificar bienestar. De lo contrario, el ubicarse en este escenario implica para los actores del sistema, el entender que cualquier desajuste no termina arreglado por la vía institucional sino por la del mercado, en tanto evaluación y valoración económica financiera. No obstante, aún se insiste en contemplar la salud como un bien de mercado, cuando los diagnósticos no lo son.

La definición y establecimiento de estos objetivos por

parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) suscitó diversas consultas regionales en todo el mundo y un amplio debate. En todos los casos resultó unánime que mejorar la salud era el objetivo final e intrínseco de los SS. No obstante, la pertinencia del trato adecuado y la protección financiera como objetivos finales de los SS no obtuvieron el mismo consenso, ya que ambos pueden considerarse objetivos finales de los sistemas, pero también atributos deseables del sistema o metas intermedias. Tales consideraciones dejaron en claro la necesidad de generar mayor evidencia empírica, a partir del análisis de las preferencias de la población en contextos determinados (15).

En cuanto a los sistemas de naturaleza mixta, la intención radica en poder enmarcar criterios de manejo estatal como de mercado con el propósito de establecer un balance en diferentes tópicos, en los que se requiere tanto la función de los entes públicos como los privados. Es una manera colegiada de advertir que la prevalencia del sistema, radica en la medida en que cada agente o actor se entienda como tal, y que cualquier disquisición, fisura o problema debe atenderse con igual margen de rigor sistemático. De lo contrario se reitera, que sistema que no resista este tipo de iteraciones no puede contemplarse como tal. Y ese es el caso del SGSSS colombiano, en el que no resiste ni un leve diagnóstico o pronóstico.

Sin duda que las modalidades de financiamiento instauradas en Canadá favorecieron el aumento de la eficacia. Los indicadores de salud continúan mejorándose, mientras se controlan los costos. El acento puesto sobre la accesibilidad a todos los servicios de salud, fue un determinante clave para el mejoramiento continuo de esos indicadores. La exigencia de una gestión pública del sistema, y por consiguiente un único pagador, permitió negociar algunos aranceles aceptables y, sobre todo, disminuir los gastos administrativos. El aumento de costos está controlado. En este aspecto, la comparación con los Estados Unidos es elocuente (16).

La prestancia de los sistemas en cualquier contexto está contemplada igualmente desde su capacidad de comparación para efectos de mejoramiento o reconversión. Si efectivamente se cumple dicho precepto, para el caso del SGSSS de Colombia no tendría mayores dificultades para reprogramarse de distintas maneras. En este caso, se pretende considerar que tanto de sistema contiene al denota SGSSS, en cuanto a las referidas capacidades, además de cumplir con sus propósitos conforme a las pretensiones de ubicarlo en un sistema económico y financiero, estimando al análisis económico de Schumpeter como base para su evaluación desde la acumulación, economías de escala y brecha tecnológica.

La tipología permite identificar las varias modalidades que pueden coexistir en un determinado país, proporcionando una imagen más completa de la que se

podría obtener con categorías únicas. Una diferencia primordial entre los países es precisamente el grado de fragmentación de la participación del estado en la atención de la salud, medido por el número y la fuerza relativa de las modalidades. Suele ocurrir que las diferentes modalidades de atención de la salud en un país cubran a subgrupos de población. Es decir, el sistema en su conjunto se encuentra fragmentado. Esta clase de segmentación suele tener efectos negativos en la equidad, ya que las modalidades que se encargan de los pobres usualmente cuentan con menos recursos para atender una mayor carga de necesidades de salud. Estos arreglos terminan reproduciendo la desigualdad social (17).

La salud es un bien público cuyo comportamiento obedece al patrón de economías de escala, formación bruta de capital y progreso técnico. Si uno de los tres criterios falla, la salud pasa a evaluarse bajo criterios económico, legal, político y social. En cada caso, los precios, la legislación, la promoción y la refrendación terminan midiendo la sostenibilidad de los sistemas de salud. Si ese es el caso del sistema colombiano, implica entonces que el establecimiento de criterios fiscales, jurídicos, de recursos y poblacionales, no han alcanzado a observarse plenamente para generar calidad y cobertura en su prestación. Se asume que los desajustes en el sistema obedecen a la inexistencia de dichos aspectos.

La idea de que el desarrollo económico es un proceso mediante el cual se produce un cambio en la calidad de la estructura productiva dista de ser nueva (18). Si bien es posible encontrar antecedentes más lejanos en el tiempo, fue Schumpeter quien asoció más claramente el desarrollo económico a la aparición y difusión de innovaciones, principalmente tecnológicas (19). Para este autor, el surgimiento de nuevas tecnologías, mercados y medios de transporte –que se identificaba, en términos amplios, con la introducción de nuevas funciones de producción– era la fuerza motriz de los ciclos largos de crecimiento. Su impulso se iba debilitando a medida que se completaba la difusión de tecnología y se agotaban los estímulos para la generación de innovaciones secundarias. Gradualmente, la economía retornaba al flujo circular walrasiano, hasta que una nueva onda de innovaciones fuera capaz de despertarla y de dar inicio, una vez más, al proceso del desarrollo (20).

Un patrón característico de cualquier sistema es que este además de responder a las contingencias y problemáticas que se presenten, pueda auto ajustarse, retroalimentarse o transformarse a medida que las exigencias así lo plantean. En el caso del análisis económico, este comportamiento obedece a los criterios de acumulación o formación bruta de capital, economías de escala, progreso técnico y brecha tecnológica. En la medida en cualquier sistema pueda resolver para el efecto dichos elementos fácilmente podría ser transferible en calidad de modelo o sistema, como de manera atenta

se ha querido comprender la conducta del SGSSS en Colombia y en distintos países en el mundo.

Los principales problemas se relacionan fundamentalmente con cuatro aspectos: 1) los incentivos a su declarar remuneraciones al sistema de aseguramiento social, que lleva a limitar los chances de sustentabilidad de la reforma; 2) las diferencias existentes en la calidad y la especificidad de los servicios recibidos por usuarios de diferentes sistemas y con planes de cobertura disímiles; y 3) dado que en la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicios el pago sigue siendo por presupuesto histórico y los mecanismos de control no cuentan con esquemas eficientes de funcionamiento, la reforma ha inducido a prácticas tales como selección adversa de altos riesgos, desequilibrios financieros y/o sobre-utilización de servicios, lo que ha llevado a muchas EPS a no poder contener el gasto creciente; 4) Los hospitales públicos no han logrado avanzar, ya que fuertes resistencias gremiales y problemas laborales han impedido transformar dichos hospitales en empresas sociales del estado, autónomas, con régimen propio de personal y capacidad para contratar y despedir. Con esto, en las regiones pobres donde se ubican estos hospitales, la cobertura del régimen subsidiado ha avanzado muy lentamente (9).

La reconversión al SGSSS en Colombia fue provocada por afijas económicas más no por un análisis institucional que contuviera los elementos financieros de los estructurales. La sola redimensión de un nuevo sistema, no implica la superación de los problemas. Lo logrado para el efecto, es un sistema que solo obedece al criterio jurídico que de manera tajante, ha permitido que con cargo a su disparidad cada agente recomponga lo que a su haber debe hacerse dentro de sí. En este sentido, lo que prevalece en el país es claramente un sistema, pero que no responde a la salud, y poco menos a las necesidades que se requieren para no estar contemplándolo como tal sino abasteciéndolo y mejorándolo.

La jurisprudencia constitucional, desde su inicio, ha reconocido que la salud “(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo.” La ‘salud’, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la ‘ausencia de afecciones y enfermedades’ en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’ dentro del nivel posible de salud para una persona. En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva. No obstante, la jurisprudencia también ha reconocido que la noción de salud no es unívoca y absoluta. En

estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriéntico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia (21).

La salud es un bien público cuyo comportamiento obedece al patrón de economías de escala, formación bruta de capital y progreso técnico. Si uno de los tres criterios falla, la salud pasa a evaluarse bajo criterios económico, legal, político y social. En cada caso, los precios, la legislación, la promoción y la refrendación terminan midiendo la sostenibilidad de los sistemas de salud. Si ese es el caso del sistema colombiano, implica entonces que el establecimiento de criterios fiscales, jurídicos, de recursos y poblacionales, no han alcanzado a observarse plenamente para generar calidad y cobertura en su prestación. Se asume que los desajustes en el sistema obedecen a la inexistencia de dichos aspectos.

La última reforma a la salud en Colombia implantada en los años noventa, no logró superar las crónicas inequidades y exclusiones del Sistema de salud colombiano. Concluido en la actualidad el periodo de transición, la universalidad en el aseguramiento y la homologación de los planes de beneficios, son promesas incumplidas, e imposibles de concretar en medio de políticas de ajuste, de mercantilización de los servicios de salud, y de profundización de las políticas sociales de corte neoliberal (22).

La evolución del SGSSS conocido hasta ahora ha tenido al Estado como ancla y soporte para mediar en lo complejo y los pormenores del tema. El Estado gendarme, de bienestar, neoliberal y postmoderno no han dispuesto completamente los requerimientos a saber para concretar un sistema idóneo. La suma de ajustes, reformas o postulación de nuevos sistemas, han sido los criterios tras de los que de manera enfática, se ha entendido que responde el sistema literalmente. El pretender evaluar al SGSSS de Colombia implica recorrer la ruta tomada por el Estado en cuanto a la consolidación de sistemas en salud y no en la optimización de uno solo, que en el largo plazo tienen dificultades para sostenerse.

3. Estructura del Sistema General Territorial de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGTSSS)

La estructuración de sistemas locales o territoriales en seguridad social en salud, es una perspectiva que debe contemplarse, cuando un SGSSS tiene dificultades para fraguarse. La idea, puede simplificar los desajustes y fisuras presentadas en este último, y que en diversos casos, pretende paliarse por la vía legislativa, por fuera de la conducta territorial del sector. En hora buena, atender la posibilidad de orientar el SGSSS de Colombia hacia la conformación de un sistema general de territorial de seguridad social en salud SGTSSS, que de

manera directa además de atender el sistema, contribuya a mitigar las estribaciones derivadas del SGSSS que no ha tenido asiento pleno en la realidad territorial del país. La jurisprudencia constitucional ha señalado que en el Sistema de Seguridad Social ‘la persona se afilia al sistema, no a una de las entidades integrantes del mismo’.

Por tanto, en los casos en que de forma extraordinaria, la regulación permita tener en cuenta la antigüedad o el número de semanas cotizadas para efectos de determinar si determinada prestación está o no cubierta, “debe contarse el tiempo de vinculación al sistema y no el de cotización a la empresa de salud específicamente considerada.” Tampoco existe distinción al respecto, entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Recientemente, el Legislador señaló que ‘a los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia’ (lit, g, art. 14, Ley 1122 de 2007). En todo caso, como se señalará posteriormente, la exigencia de semanas cotizadas no puede ser, en ningún caso, un obstáculo que impida el acceso a los servicios de salud que una persona requiera con necesidad (21).

El escenario positivo que puede traer la constitución de SGTSSS, sirve de fundamento para perfilar aún más las condiciones de salud que registra cada zona del país, para de cierta manera con el tiempo, y bajo vigencia igualmente del SGSSS, los primeros se dediquen a enfermedades propias de las áreas de atención y los segundos, atiendan enfermedades, entre algunas de alto costo o huérfanas. Así, con el paso del tiempo el SGTSSS estaría a cargo de la atención en todo nivel conforme a los resultados, y el SGSSS asumiría el carácter científico y técnico que tanta falta hace en el país, para que efectivamente además de existir sea visible a la luz de las exigencias del sistema de salud colombiano y los pacientes.

La expectativa trazada en un marco general jurídico que auspicie un completo y pleno sistema de salud en Colombia es distante. A tientas, se requiere recomponer la idea que se tiene de sistema, en tanto, se extiende la posibilidad de establecer microsistemas o sistemas territoriales de seguridad social en salud. La inflexible condición de un sistema que no marcha o no cumple a cabalidad, implica, la consideración de otras alternativas en las que pueda coexistir un sistema apegado a la orientación de la política nacional en materia de salud y de otro lado de la capacidad que tienen los territorios para allanar por cuenta propia con los cuales puedan auspiciar un sistema de salud propio al que puedan atender.

La sentencia T-760 de 2008 emanada de la Corte Constitucional, que obliga al Estado a unificar la provisión de servicios de salud a través de todas las capas sociales. Estamos pues, al momento de

escribir el presente artículo, ad portas de un segundo intento de resolución de esta crisis. En tal contexto, gobierno, sectores académicos y diversos gremios –de profesionales, prestadores y usuarios– intentan elaborar fórmulas que llevarán a la contención, paliación o solución de este innegable problema. Para alimentar el debate desde nuestro punto de vista, haremos un examen al proceso de desarrollo y al contexto de nuestro sistema de salud, hasta llegar a nuestros días (22).

El incesante marco de modelos, referencias o sistemas internacionales de salud a través de la observancia legislativa en Colombia, ha condenado la revisión plena del SGSSS a una evaluación consistente de lo que implica efectivamente el acervo en la materia. Si el sistema no genera impacto, productos o resultados, es más que imperante una revisión endógena sobre lo que implica abordar un marco concreto de trabajo en la materia. Hasta ahora, a partir de cualquier inquietud específica, vía prestación, financiación, modulación o articulación u otro frente de trabajo, inmediatamente imbrica una especie de afán por evocar la preferencia por una nueva reforma sin miramiento al estudio absoluto del tema.

De acuerdo con las presentaciones de los expertos invitados, con el diseño institucional actual ha proliferado un sinnúmero de actores e instituciones que han incrementado los canales de comunicación, de administración de recursos, de prestación y de aseguramiento en salud. Es necesario simplificar el número de actores involucrados en el sistema y pensar en las lecciones que arroja el sistema de salud chileno: unos prestadores públicos (no por la naturaleza fiscal, sino porque todos pueden acceder a él) y unos prestadores privados que aseguren a la población que tenga mayor capacidad de pago (11).

La alerta presentada en la prestación de los servicios de salud en las regiones del país, debe estimar la conveniencia de bajar aún más el concepto elevado de sistema que se tiene a la hora de explicar en que se basa la protección y seguridad social en salud en términos macroeconómicos. El tener claro, el orden lógico sobre el cual este puede explicarse, no significa que pueda entenderse y mucho menos dispensarse. En dicho frente, la labor del Ministerio de Salud (Min-Salud) de Colombia y las entidades adscritas, es el de optimizar el carácter un SGSSS que atienda prioridades nacionales, pero que efectivamente, se extienda hacia un carácter más regional y territorial, en el que sea percibida esencialmente la salud (23).

Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el gobierno Nacional mediante el decreto 3039 de 2007, las direcciones Territoriales de Salud deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones

Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud- POS del régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de las administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados. Sierra (1).

El SGTSSS tendría como fundamento la articulación y prestación en términos de la oferta y la demanda de la salud médica y en medicina conforme a un afianzamiento en la protección y seguridad social en salud de los habitantes en donde estuviese ubicada territorialmente, a fin de alentar la presencia de las misiones médicas, al igual que, el de afianzar la capacidad de respuesta en cada uno de los niveles a los que debe responder desde mínima hasta la más elevada complejidad. Es en ellos, en los que efectivamente podría verse reflejado el impacto en la relación del SGSSS con las prerrogativas que con respecto al mismo tienen los clientes, pacientes o usuarios, aunque es de esperar que dicha calidad cambie.

La autoridad de salud regional en cada lugar del territorio nacional estaría a la cabeza administrativa del SGTSSS para cada departamento o zona de complejidad específica. En atención a ello, los recursos dispuestos en el orden nacional y departamental tendrían más consistencia con la realidad regional. Así que, se pasaría de manejar recursos asignados o prescritos a gestionar recursos con fines concretos para mejorar y remediar las condiciones de salud. Entre otras, este ejercicio podría incubar la concepción institucional que requieren las propuestas ahincadas en la salud como bien económico, y de paso, establecer claramente, lo que implica para el sistema, la coexistencia con dichas iniciativas de salud.

El tema de las competencias en salud se enmarca en la definición general de competencia administrativa definida en la ley 489 de 19989, artículo 5: “Los organismos y entidades administrativos deberán ejercer con exclusividad las potestades y atribuciones inherentes, de manera directa e inmediata, respecto de los asuntos que les hayan sido asignados expresamente por la ley, la ordenanza, el acuerdo o el reglamento ejecutivo”. Esta competencia supone la observancia de los tres principios señalados por la Constitución (Artículo 288) de coordinación, la concurrencia y la subsidiariedad (2).

Es crucial para el afianzamiento de estas iniciativas que las administraciones departamentales y municipales en Colombia hagan amplio recibo de esta iniciativa, cuya tendencia está marcando la pauta de reinterpretación de los sistemas de salud. La impronta con la que se pretenda desarrollar dicho propósito, depende de la claridad que tengan las autoridades territoriales, en tanto, la clara convivencia con el SGSSS pero la necesaria prevalencia de un SGTSSS, que responda

efectivamente a los ciudadanos en materia de salud, en el que prime la atención, la prestación y el servicio, y no la disponibilidad de consultas, el tiempo de espera o la inexistencia de dispensarios o medicinas requeridas. En materia social, Colombia enfrenta el gran desafío de articular el desarrollo económico con el social; para lograrlo, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2011) cimienta la prosperidad para todos en ocho grandes pilares: 1) convergencia y desarrollo regional; 2) crecimiento y competitividad; 3) igualdad de oportunidades; 4) consolidación de la paz; 5) innovación; 6) sostenibilidad ambiental; 7) buen gobierno; y 8) relevancia internacional. De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, Colombia enfrenta grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y entre grupos poblacionales (24).

En boga está la posibilidad de extender la discusión en materia de SGSSS a escala territorial, periplo en el que la institucionalidad exige claridad por cuenta de los actores. Es claro que las medidas emanadas desde el orden central representan una orientación general. No obstante, el afán por contar con un recurso legal inmediato para actuar, no ha permitido incluso en la misma norma, que se entienda que los actores están en plena capacidad para internalizar los planteamientos que tengan trascendencia territorial y desechar o replantear los que requieren ajustes. En el país debe entenderse que la legislación y la norma son principios jurídicos nacionales, pero que deben dar espacio para la asimilación regional.

El modelo de gestión municipal de salud según las competencias normativas vigentes que se propone en este documento, pretende sustentar un proceso de fortalecimiento territorial dirigido a la autogestión, centrado en acciones permanentes que agreguen valor en los distintos niveles e instituciones de gestión y permitan una actualización y transformación continuas dirigidas al mejoramiento, más allá de la participación de agentes externos o de los cambios propios de la organización territorial (2).

El contexto en el que se ha desenvuelto la discusión es que los actores al igual que los reformadores se han dedicado a administrar los estertores que arrojan los pocos alcances logrados en materia de salud. La bondad de una reforma no es percibida como intereses de todos, por cuanto, todos tienen intereses particulares que no alcanzan a estimarse hacia el frente institucional y organizacional, como es de entender que debe responder

un sistema general de salud y un sistema territorial en la materia. Así que, el ubicarse en los extremos de la discusión, empalidece aún más la discusión, sustrato que conmina a reflexionar, sí efectivamente en Colombia puede hablarse de sistema o un mero esquema de salud.

CONCLUSIONES

El agotamiento de los modelos o sistemas de salud explicativos de la realidad que en cuanto a la materia sustentan las condiciones de cada país, al parecer está pasando al ostracismo, ubicando con ello, la posibilidad para que se repiensen sistemas híbridos no convencionales sobre los que cada país o territorio, pueda definir su propia idea de sistema de salud o modelo a seguir. El incesante cumulo de problemas presentados con respecto al moldeamiento de los distintos sistemas de salud, ha agotado la capacidad de redefinición de modelos propios o que por lo menos respondan a las exigencias de cada escenario. Lo cuestionable de ello, es que continúan siendo las mismas variables, las utilizadas para considerar los vapuleados sistemas de salud.

La estructuración de “sistemas territoriales de salud” puede implicar para los actores ubicados en posiciones jerárquicas de los sistemas tradicionales de salud, el observar la manera como las diferentes estancias tratan de allanar caminos en los cuales la salud no dependa de la cualificación de un sistema y de paso su certificación, para encauzar los propósitos que debe contemplar un bien público como este. En esencia, la salud puede ser sustentable en la medida en que de manera concreta establece esfuerzos diferenciales con respecto al grueso de la relación enfermedad – salud, desde la cual puedan ser constituidos ciudadelas o grandes zonas francas en las que salud sea el factor crucial de desempeño gerencial y de gestión para todos los sectores articulados.

En Colombia viene haciendo carrera la postulación del plan B en cuanto a la oferta y demanda en salud pública. En este frente, lo mejor que podría pasarle a la reforma de salud en Colombia, es que está fuese articulada por regiones y no solo bajo la observancia de expertos o conocedores del tema. Al convocar a la población para que esta sea quien construya, modifique o proponga esquemas de salud territorial, puede ser un aliciente para un alicaido sistema que no ha podido avanzar con respecto a las exigencias planteadas, en principio, por los diferentes actores. La salud, es un bien público cuya naturaleza hedónica implica para quien la recibe, que nunca renunciaría a ella y, por tanto, espera siempre recibir más de ella, por encima de ley o normas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sierra FJ. Guía para la construcción de los planes de salud territoriales. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de Gestión Municipal de la Salud según Competencias. OPS – Colombia 2004.
3. Hufty Marc. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Rev Salud pública 2010; 12 (1): 39-61.
4. Agudelo CA, Cardona BJ, Ortega BJ, Robledo MR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.
5. García PC. Indicadores Sociales Departamentales. Sistema de Indicadores Socio Demográficos para Colombia. SISD 37. Departamento Nacional de Planeación.
6. Delgado GME. Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos de salud, políticas de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
7. OIT-Pontificia Universidad Católica de Chile. Comparación internacional de sistemas de salud y seguridad laboral. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo 2011.
8. Infante A, De la Mata I, López AD. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública /Pan Am J Public Health 2000; 8(1/2):13-20.
9. Medici AC. Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. Banco Interamericano de Desarrollo. Bienestar y política social 2006; 2 (1): 1-26.
10. CRES. Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. Informe anual para el congreso de la república. Comisiones séptimas de Senado y Cámara. Comisión de Regulación en Salud. 3 de junio 2009 – 31 de mayo 2010.
11. Tobón OSA. Relatoría del foro “¿Para dónde va el sistema de salud en Colombia?” Un análisis al sistema de salud en Colombia. Revista Soluciones de Postgrado EIA. 2009; (4):7-18.
12. Vera JC. Sistemas de Salud y Subsidios a los Pobres. Un modelo de financiamiento de salud para el Perú. ESAN. Cuadernos de difusión 2004; 9 (16): 73-90.
13. Observatorio Legislativo. Debate de coyuntura legislativa. Los retos del sistema de salud en Colombia. Instituto de Ciencia Política. 2008. Boletín N° 112. 1-4.
14. Drago M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. 2006. Serie Políticas Sociales 121. CEPAL. Chile.
15. Tapia CJA. Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. M en C. Salud pública de México 2006; 48 (2): 113-26.
16. Reinhartz D. La regulación del financiamiento en el sistema de salud Canadiense. Universidad LAVAL, Quebec. Taller sobre nuevos marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y el aseguramiento en el sector de la salud Santiago, Chile. 2001. Facultad de medicina. Enero. 1-15.
17. De los Santos BS, Garrido SC, Chávez CM de J. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Dirección General de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Servicios de Salud de Yucatán. Rev Biomed 2004; (15):81-91.
18. CEPAL. Desarrollo productivo en economías abiertas (LC/G.2234 (SES.30/3)), Santiago de Chile. 2004.
19. Schumpeter JA. The Theory of Economic Development, Cambridge, Harvard University Press.1934.
20. CEPAL. Progreso técnico y cambio estructural en América Latina. Documento de proyecto. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.2007. Santiago de Chile.
21. Corte Constitucional (2008). Sentencia 760 de 2008. Corte Sala segunda de revisión.
22. Echeverri LE. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Documento preparado para el panel “Panorama de la salud pública en Colombia”, realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia, y en el marco de la Cátedra Manuel Ancízar. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana. 76-94.
23. Min-Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Prosperidad para Todos. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Bogotá, Colombia.
24. Nuestro Sistema de Salud: Anatomía de una malformación congénita incorregible en Salud. Grupo de Salud. Centro de Estudios del Trabajo. Deslinde 2010; (47): 22-35.