

## Artículo de Reflexión

# La crisis de la salud en Colombia: un problema moral

### *The health crisis in Colombia: a moral problem*

FLORO HERMES GÓMEZ PINEDA<sup>1</sup>

#### Resumen

Esta reflexión ética, desde el pensamiento crítico, trata de la crisis del sistema de atención de la salud en Colombia y la manera como se ha trivializado el daño sanitario que sufren millones de colombianos, tesis fundamentada en diversos hallazgos realizados por organismos de control del Estado colombiano, en estudios realizados por distintas entidades públicas y organizaciones privadas y en investigaciones académicas de escuelas o departamentos de salud pública, que ponen en primer plano diversas cuestiones morales. Para ello, primero se hace una caracterización de la reforma sanitaria de 1993, a la luz de la realidad histórica colombiana. Segundo, se examinan las conductas dañinas al sistema desde la mirada arendtiana sobre la banalidad del mal, haciendo notar el contraste entre veracidad y mendacidad, un asunto que trasciende el ser simples contradicciones, dentro de una sociedad que ve el mal como superfluo.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los servicios de salud, Daño moral, Control de costos, Ética en los negocios, Ética institucional, Fraude, Prestación de atención de salud, Política de salud.

#### Abstract

This ethical reflection, from critical thinking about the crisis of health care system in Colombia and the way they trivialized the health damage suffered by millions of Colombians, thesis based on various findings made by monitoring bodies of the Colombian State in studies

conducted by various public and private organizations and academic research schools or public health departments, which bring to the fore various moral issues. For this, first a characterization of the 1993 health reform is made, in the light of the Colombian historical reality. Second, harmful behaviors the system are examined from Arendt's view on the banality of evil, noting the contrast between veracity and mendacity, an issue that transcends simple be contradictions within a society that sees evil as superfluous.

**Keywords:** Cost control, Business ethics, Delivery of health care, Fraud, Health policy, Health services accessibility, Institutional ethics, Moral damage.

#### Introducción

Este artículo es una reflexión ética desde una perspectiva de pensamiento crítico, es decir, es un análisis y evaluación sobre la consistencia de los razonamientos aceptados como socialmente ciertos en torno a la crisis del sistema de atención de la salud en Colombia y la forma como se trivializa el daño sanitario sobreviniente.

Para reconocer y evitar prejuicios cognitivos, se parte del hecho de que la reforma al sistema de salud colombiano de diciembre 23 de 1993<sup>1</sup>, ha seguido una senda contraria a la racionalidad propia de la incorporación del sistema de atención de la salud en Occidente<sup>2</sup>, por una parte

<sup>1</sup> Profesor, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Médico, Universidad Libre, Doctor en Estudios Políticos, Universidad Libre. e-mail: floro.gomez@unilibrecali.edu.co

Recibido: enero 4 de 2016

Revisado abril 4 de 2016

Aceptado: mayo 31 de 2016

Cómo citar: Gómez Pineda FH. La crisis de la salud en Colombia: un problema moral. *Rev Colomb Salud Libre*. 2016; 11 (1): 48-56.

y, por la otra, que mucho se ha escrito hasta hoy, especialmente sobre sus desafíos, logros, fracasos, retos y descubrimientos.

Por ello, para identificar y caracterizar argumentos, para evaluar las fuentes de información y para evaluar los argumentos, en el contexto de la prestación de atención de salud en Colombia, se pretende responder una pregunta: ¿cuál es la lectura de la prestación de atención de salud en Colombia vista desde el territorio cultural llamado moral?

### Caracterización de la reforma de 1993

Para responder la pregunta, primero es menester caracterizar qué es la reforma al sistema de salud colombiano adoptada en 1993, desentrañando todos aquellos aspectos que permitan, desde la ética, leer aquellas cuestiones que develan la moral contenida en ella a lo largo de su desenvolvimiento en estos 22 años, tiempo durante el cual se han introducido

[...] cambios sustanciales a la forma en la cual se proveen los servicios y a la interacción entre los actores que están vinculados, generando impactos sobre la salud y la calidad de vida de las personas a través de los cambios en la cobertura, calidad y demanda de los servicios de salud ofrecidos por el sistema<sup>3</sup>.

Segundo, se debe comprender las conductas en contra de la moral y las buenas costumbres que se generan dentro de la operación del sistema por parte de los distintos actores, sean estas instituciones o personas naturales, observando «una excesiva complejidad» dentro de la cual se «entrega el poder negociador a las EPS», las cuales «no agregan valor sino, al contrario, restringen el acceso a los servicios, obligan a los clientes a acudir a tutelas y luego exigen recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)»,<sup>4</sup> situaciones en las que el sujeto moral (el paciente, el cliente o el usuario) se ve obligado a recurrir a medios inadecuados para alcanzar el fin que persigue.

### La reforma de 1993

La reforma al sistema de salud colombiano adoptada en diciembre 23 de 1993, por medio de la Ley 100, la cual constituyó «el primer cambio estructural del sistema de salud»,<sup>5</sup> se llevó a cabo por solicitud de organismos financieros internacionales de desarrollo<sup>6</sup>; en otras palabras, fue una reforma realizada sin valerse del propio entendimiento, lo cual quiere decir, que el acto moral que ella encierra fue expresión de una voluntad ajena, fue heterónimo.

La reforma implicó limitar «la función del Estado... a la regulación, vigilancia, control del sistema, asignación de subsidios a la demanda para la población pobre y vulnerable»<sup>7</sup>, dentro de un claro criterio liberal, esgrimiendo los argumentos anglosajones (extraños al pensamiento hispanoamericano) de la llamada *Nueva Gestión Pública*, que los describe con precisión Diego<sup>8</sup>, a saber:

- a) aminorar la participación del Estado,
- b) desregular o eliminar diversas leyes al considerar que existía una excesiva reglamentación, c) reducir personal de la función pública (burocracia) mediante la liquidación, despido o jubilación, d) reclutar personal sin contrato permanente, sin otorgar prestaciones ni generar antigüedad y sólo por períodos cortos y renovables, e) disminuir el número de instituciones públicas desmantelando el Estado, f) privatizar algunos servicios públicos dando formalmente vía libre a las empresas privadas<sup>8</sup>.

Esta reforma estructural, cuyo resultado ha conducido a la asimilación de los objetivos de la esfera pública a los de la esfera privada, fue liderada por un pequeño grupo de jóvenes quienes «habían participado en reformas económicas de primera generación y [quienes] eran ajenos al sector de la salud pública»<sup>9</sup>, razón que los obligó a refugiarse (seguramente) en un sano sentido común por carecer de la facultad de juicio sanitarista y, en consecuencia,

por estar impedidos de tener conciencia del fin sanitarias que debía perseguirse, llevaron el servicio público de la atención de la salud -por supuesto, sin sopesar su alcance, sus consecuencias y sus secuelas, a unos nuevos escenarios que han hecho posible, al decir de Patiño<sup>10</sup> citando a la Academia Nacional de Medicina, que

[...] el concepto del rendimiento industrial [aplaste] la milenaria moral hipocrática. [Que] La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, [sea] reemplazada por una controvertible y no muy bien definida “ética corporativa”, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal<sup>10</sup>.

Tal ética corporativa fundada en el costo-beneficio, proveniente del utilitarismo, muy diferente de la ética de lo público y, además, como se ha dicho, carente de juicio sanitarista tiene varias explicaciones, vistas desde la realidad colombiana actual: de un lado, el sistema de salud vigente hasta la fecha «ha sido de tipo económico... no [de tipo] sanitarista»<sup>11</sup> como consecuencia de haber entregado «los altos cargos de dirección del sistema a nivel nacional, departamental y municipal... a profesionales con más interés en las finanzas que en la salud pública»<sup>9</sup>.

Por otro lado, según algunos estudios académicos, en Colombia existe una élite que se ha enriquecido a expensas del Estado<sup>12,13</sup>, situación que, de acuerdo con lo observado en sus investigaciones por Robinson y Acemoglu<sup>14</sup> es sobreviviente al hecho de que «los colonos europeos impusieron un tipo nuevo de instituciones extractivas o se adueñaron de las instituciones extractivas ya existentes, para poder extraer recursos valiosos», lo cual con respecto a la prestación de atención de salud se ha traducido en prácticas que se ven como normales (usuales, lógicas y naturales), dado que son una manera de proceder social y culturalmente aceptadas en Colombia, razón por

la cual los actores del sistema (y los usuarios, muchas veces) no las someten a juicio moral; en cambio, cuando se las somete a controversia, tal debate es asumido con grandes expresiones de una emoción alimentada por la imaginación y las creencias y pocas razones de razón, casi que hasta la ausencia del pensamiento y la inteligencia.

Estas explicaciones identifican y caracterizan los fundamentos sobre los cuales se soportan el conjunto de conductas practicadas, en contra de la ética médica y de la moral pública, de manera generalizada, masiva y sistemática contra los afiliados al sistema, que afectan la vida de los individuos y, por lo tanto, los lesionan gravemente en su esencia e integridad. Pero, ¿cómo se ha llevado a cabo este conjunto de conductas?

### Conductas dañinas dentro del sistema

Este conjunto de conductas dañinas contra los afiliados al sistema, fue reconocida, sin asombro alguno, por el Gobierno Nacional en la *Exposición de motivos del Proyecto de Ley «Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones»* al afirmar que:

[...] el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas... con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población... Como consecuencia... [el] aseguramiento... se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud<sup>15</sup>.

Dentro de esta lógica de maximización de los beneficios económicos, la cual hace del paciente un ser superfluo, insustancial y anodino a quien «someten a órdenes terapéuticas producto de un caprichoso, irracional y mal intencionado vademécum»<sup>16</sup>; la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo)<sup>17</sup> señala las conductas dañinas no vinculadas a sujeto

(autor, determinante) alguno, en particular, sino imputadas a la borrosidad (nebulosidad) de organizaciones prestadoras de servicios de salud, las cuales afectan las buenas costumbres, fracturan la atención de la salud, hieren la probidad, lesionan el patrimonio sanitario, lisan la salud individual y colectiva, provocan dolor y dañan la moral, a saber:

[...] se encontraron malas prácticas por parte de algunas [instituciones prestadoras de salud], las cuales generaban una doble facturación para un paciente: una que se financiaba con la [unidad de pago por capitación], y por tanto es financiada por la EPS con recursos del sistema de aseguramiento, y otra que también va a la EPS, pero que se financiaba con recursos de Fosyga o del ente territorial y requería de un trámite de reembolso (sistema de recobros). Los casos encontrados son innumerables.

A esta situación objetiva de corrupción -palabra que no se dice-, la cual atenta contra los intereses públicos que representa el Estado e ilustra una manera de enriquecimiento injusto o torticero a través de cobros no debidos al sistema, imputable a opacos y anónimos prestadores de servicios de la atención de salud, que elude toda responsabilidad individual amparándose en un aparato administrativo, se debe añadir que en Colombia, hoy en día

[...] estar asegurado no es sinónimo de acceso y utilización de servicios. Muchos asegurados no usan los servicios y a veces se les niegan por razones burocráticas con que los del "negocio" tratan de eludir costos (selección adversa), y los proveedores (IPS) tratan de ahorrar costos (eficiencia), yendo en detrimento de la equidad, la calidad y la efectividad<sup>18</sup>.

A estas prácticas contra el interés general, la equidad, la calidad y la efectividad, a las cuales no se denomina inmorales, perpetradas por empleados, funcionarios o trabajadores

(muchas veces profesionales de la salud) ahorativos, austeros, cabales, cumplidores de su deber, disciplinados, estrictos, exactos, fieles, laboriosos, obedientes, rígidos y serviciales quienes se ajustan instintivamente a un código moral corporativa y a la impetuosidad de la ley de su entorno social, debe sumarse una situación de riesgo moral generado por el sistema establecido a partir de 1993, según lo señalan Glassman *et al.*<sup>19</sup>: «Ni las entidades aseguradoras ni los contribuyentes cuentan con incentivos para realizar aportes basados en el ingreso real» con lo cual se «contribuye a la evasión», por una parte y «a la subdeclaración de ingresos», por la otra.

En segundo lugar, adicionalmente a la evasión y a la subdeclaración «la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 incrementó los costos atados a la nómina de manera considerable [generando] una profunda segmentación del mercado laboral... por la existencia de excesivos costos salariales», tal segmentación del mercado ha de entenderse como «la coexistencia de dos mercados laborales», a saber: «uno cuenta propia, que actúa principalmente como receptor del empleo que se deja de generar en el mercado salarial formal, el segundo mercado, por la existencia de excesivos costos salariales, entre otras restricciones»<sup>20</sup>, planteándose así un dilema moral que no pretende resolver este artículo: ¿es válido incrementar la cobertura en salud a costa de generar unas conductas que han conducido a la precarización del trabajo existente?

Finalmente, la Procuraduría General de la Nación<sup>21</sup> en ejercicio de su control preventivo, evidenció -a lo largo de los 19 años de operación de la reforma de 1993- el desmejoramiento, por un lado, y el desmantelamiento, por otro, de programas de salud pública dentro del SGSSS, situación que relató así:

El deterioro de los programas de vacunación infantil, de los programas de control de malaria, dengue y otras enfermedades



tropicales, así como el desmantelamiento de los programas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades tales como la tuberculosis son ejemplos de este descuido de las entidades públicas en materia de salud en todos los niveles de la administración [...]

### Veracidad vs. falsedad

Un asunto actual de orden moral dentro del SGSSS (que ciñéndose a la verdad es un sistema de seguro médico) debe ser la búsqueda de la veracidad, en especial sobre la cobertura de vacunas, asunto que queda evidenciado a partir de los hallazgos de la Procuraduría General de la Nación, la cual contando con la asesoría en salud pública de la Pontificia Universidad Javeriana y del Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex)<sup>22</sup>, demostró que

En Colombia, donde venía siendo muy exitoso el programa de vacunación hasta 1995 con unas coberturas (proporción de niños menores de un año vacunados con tres dosis de la vacuna) de más del 90%, se observa una franca tendencia al descenso de las coberturas, con el peligro de que pueda aparecer una epidemia, situación que pondría al país en una difícil situación de incumplimiento de sus compromisos internacionales, con las sanciones consecuentes previstas en los tratados respectivos. Esta tendencia se mantuvo entre 1994 y 2001, cuando se llegó a una alarmante cifra de solamente 68% de los niños vacunados. Por datos recientes del Instituto Nacional de Salud, se está corrigiendo tal tendencia y se habla hoy de coberturas más altas, cercanas al 80% para 2001.

Los hallazgos de la Procuraduría General de la Nación, confirmaron estudios académicos previos que muestran «una evidente disminución de las tasas de cobertura [en el programa de inmunización infantil] después de la reforma»<sup>23-25</sup> y contrastan con la posición del Ministro de la Protección Social (2010-2012)<sup>26</sup>, quien afirmó lo contrario, como lo relata el siguiente texto:

Un aspecto importante del nuevo sistema de seguridad social, como se muestra en Santa María *et al.*<sup>26</sup>, es el gasto en salud pública... [las tasas de cobertura aumentaron para las vacunas] contra tuberculosis (BCG), el polio 0 y la difteria, el tétano y la tosferina (DPT1)... Sin embargo, vale la pena resaltar que la vacuna contra el polio fue la que tuvo el mayor aumento, presentando un crecimiento del 50%.

Sin embargo, en igual sentido que la Procuraduría General de la Nación, la Unicef -que es una agencia extraña al debate nacional- señala de manera clara e inequívoca que para 1990 la cobertura antipoliomielítica en Colombia era del 93%<sup>27</sup>, no siendo estos los únicos hallazgos que conducen al debate no declarado entre veracidad y falsedad, sino que se ha llegado a cuestiones que trascienden lo moral y penetran en el mundo de lo punible: el Superintendente Delegado para la Promoción de la Competencia<sup>28</sup> da cuenta de un mal absolutamente imperdonable, estableció hechos probados sin precedentes en Colombia que «dan cuenta de la existencia de una práctica concertada», de parte de las organizaciones aseguradoras del sistema, perjudicial para los pacientes, la cual consiste en

[...] el acuerdo tendiente a la negación de la prestación de los servicios de salud, ocultar o falsear la información e impedir la debida transparencia en el mercado de servicios de salud y la fijación indirecta del precio del aseguramiento en salud.

De la negación de la atención de la salud, del ocultamiento o falsificación de la información imputada a los aseguradores del sistema pero no a sujeto (determinador) alguno, sobrevienen la muerte, el daño a la salud, la alteración grave de las condiciones individuales de existencia o el perjuicio a la vida de relación (perjuicio fisiológico) de seres humanos concretos; es decir, sujetos perjudicados individualizados a quienes se les ha negado *intuitu personæ* el principio hipocrático de la no maleficencia.

Amparados en la opacidad y anonimato de las empresas aseguradoras, sus empleados o funcionarios (muchos de ellos colegas médicos), actuando dentro de los linderos que les señalan sus obligaciones contractuales, sin saber o intuir que realizan actos de maldad, han puesto «en marcha mecanismos de contención de costos... basados en... la negación de servicios» que desembocan en «la confrontación entre los principios de integralidad y de continuidad derivados del derecho fundamental a la salud... con el principio de eficiencia económica»<sup>29</sup> lo cual, se traduce en una práctica dañina para el paciente, basada en una calculabilidad sistemática soportada en la confiabilidad de criterios instrumentales de efectividad, eficiencia o eficacia que terminan siendo artificios o engaños hábilmente preparados y bien concebidos, para obtener un provecho financiero a costa de la privación de la atención de la salud en demérito del objeto sanitario del sistema: el bien social.

Otra dicotomía entre lo cierto y lo falso se deduce de comparar un escrito de Agudelo<sup>30</sup> afirma que «como tendencia y resultado de 16 años, se observa el incremento de la cobertura total, hasta más del 90% de la población», omitiendo hacer la distinción instrumental entre cobertura oficial (el derecho de cada uno a acceder a los servicios) y cobertura efectiva (grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios).

Sin embargo, Ayala<sup>31</sup> parcialmente lo contradice, pues distingue entre las dos clases de cobertura (como debe ser para evitar caer en la mentira), denominando acceso a la cobertura efectiva

a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012<sup>32,33</sup>, el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de

79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida<sup>34</sup>.

Esta cuestión, que enfrenta la posición de los dos investigadores, se explica porque el aseguramiento *per se* no es expresión de su bondad, por lo tanto, que no discriminar entre cobertura oficial y cobertura efectiva implica ocultar parcialmente la verdad del negocio que es el seguro médico establecido en Colombia con el nombre de SGSSS.

### La individualización del daño

Dentro de las prácticas dañinas para los pacientes, surgidas con posterioridad a la aprobación de la reforma de 1993, el «paseo de la muerte», es tal vez la más importante.

La expresión «paseo de la muerte» corresponde a una manera eufemística como se ha denominado en Colombia la situación que padecen «enfermos que, necesitados de ayuda médica inmediata, “pasean” por uno y otro hospital o clínica sin recibir la atención adecuada», situación que es atribuida a «servicios de urgencias [que] se muestran indolentes ante el enfermo»<sup>33</sup> para lo cual los determinadores (empleados, funcionarios o trabajadores de estos servicios) se valen de «innumerables motivos administrativos, económicos o logísticos»,<sup>35</sup> amparados en el anonimato no transparente de una estructura administrativa denominada «servicios de urgencias» que les permite ocultar la realidad de una decisión tomada por un sujeto y evadir la individualización de la responsabilidad, deviniendo en un acto inmoral sin consecuencias jurídicas ni políticas, a pesar de su alcance lesivo.

Sin embargo, ante esta clara demostración de la individualización del daño en un paciente inequívocamente identificable, el público colombiano no creyendo en «actos de la Administración» (en los cuales insisten aseguradores, prestadores y voces gubernamentales) pregunta, casi siempre, por el autor (responsable) de

este daño. En otras palabras, mira más allá de la opacidad o el anonimato de una organización sanitaria e inquiriere ¿quién tomó la decisión dañina (productora de infelicidad -en términos utilitaristas) para con el paciente? O, de una manera explícita y sin rodeos ¿quién mató en últimas al paciente desatendido?

De otro lado, existen unas prácticas dañinas menos evidentes, pero no por ello carentes de malignidad, como es el ejemplo del cáncer de piel no melanoma, en el cual de manera frecuente la «atención del paciente suele ser demorada» con el riesgo de «alterar el desenlace final de la patología», que inicia con

[...] la consulta del paciente a su servicio de salud donde se puede encontrar con desafíos como: una atención de mínima calidad que impone barreras de acceso al diagnóstico, carencia de atención o atención oportuna y de alta calidad... viéndose abocado al ejercicio de reclamación del derecho a la salud mediante derechos de petición o tutelas [recursos de amparo] con los costos sociales y económicos de estas medidas y las secuelas de la enfermedad<sup>36</sup>.

En otras palabras, cayendo los pacientes en el absurdo de interponer recursos jurídicos (cuestión cada vez más frecuente), no como un mecanismo para defender un derecho, que en este caso sería el de la salud, sino como una herramienta para garantizar el acceso al diagnóstico de una enfermedad, al tratamiento médico y a la rehabilitación del paciente, porque los actores que determinan la imposición de barreras por medio de trámites<sup>15</sup> escondidos tras la decisión anónima e impersonal de una organización sanitaria, así lo obligan.

A estas consideraciones debe agregarse que los aseguradores como los prestadores del servicios de salud «obtienen un beneficio económico cuando la población afiliada no hace uso de los servicios»<sup>15</sup> es decir, que adicionalmente a la rentabilidad del aseguramiento, propia de unos

criterios de administración sanitaria con énfasis en los costos, obtienen un provecho predatorio indebido, el cual consiste en la captura de recursos públicos de obligado gasto que no se gastan, una cuestión con consecuencias dañinas para el interés general de una menguada salud pública, en general, y para la salud humana, en particular.

## Conclusiones

Como producto de esta reflexión ética, desde el pensamiento crítico, la cual parte de entender la ética como una disciplina filosófica que esclarece, reflexiona y fundamenta esa experiencia humana qué es la moral, es claro considerar la crisis de la salud en Colombia como un problema moral que nace de la Reforma de 1993, la cual fue solicitada por organismos financieros internacionales con base en un proyecto de reforma realizado por un agente extraño a nuestra idiosincrasia; es decir, no fue el producto de un valimiento del propio entendimiento (pensamiento) nacional, como es connatural a todo acto moral, sino una decisión sujeta a la voluntad heterónoma de aplicar a nuestra idiosincrasia latinoamericana la concepción anglosajona de la llamada *Nueva Gestión Pública*, situación a partir de la cual, primero, se hace comprensible que la reforma haya sido realizada por un pequeño grupo de jóvenes carentes de la facultad de juicio sanitarista y, segundo, se puede entender la ausencia de la conciencia del fin que se perseguía (imprevisibilidad del alcance, consecuencias y secuelas de la reforma).

Entonces, destruidas las complejas conexiones entre el pensamiento nacional, la conciencia de lo procurado y el juicio sanitarista mediante un proyecto ajeno a nuestra idiosincrasia, el condicionamiento de un crédito y el aniquilamiento de la salud pública, conduciendo el servicio de la atención de la salud hacia una práctica extractiva afín con nuestro sistema político y económico extractivo, se entiende que se haya trivializado (o en términos arendtianos bana-

lizado) el daño sanitario que sufren millones de colombianos y se vea el mal sobreviniente a las malas prácticas como superfluo.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias

1. Ley 100/1993 de 23 de diciembre, de creación del sistema de seguridad social integral. Diario oficial, N° 41148, de 23-12-93.
2. Gómez PFH. Incorporation of the Health Care System in the West. *Colomb Med.* 2015; 46 (3): 144-9.
3. Santa María M, García F, Prada CF, Uribe MJ, Vásquez T. Evaluación de impacto de la reforma de 1993 al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Santa María M (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma.* Bogotá: Fedesarrollo; 2011.
4. Merlano PCA, Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2013; 12 (24): 74-86.
5. Santa María M, García F, Rozo S, Uribe MJ. Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En: Santa María M (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma.* Bogotá: Fedesarrollo; 2011.
6. Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcón L, Leo M, Casares C. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy Plan.* 1998; 13 (1): 59-77.
7. Rodríguez TCM. Derecho a la atención en salud. En: Molina MG, Cabrera AGA. *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
8. Diego O. De la *res pública* a la *res privada* ¿realmente no hay alternativa? *Dilemata.* 2009; 1 (1): 137-51.
9. Gómez-Arias RD. *Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia.* Seminario internacional «El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud». Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
10. Patiño RJF. La atención de la salud en un modelo de aseguramiento comercial. *Rev Colomb Cir.* 2011; 26: 9-11.
11. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Publ.* 2012; 14 (5): 865-77.
12. Bergquist CW. *Coffee and conflict in Colombia, 1886-1910.* Durham: Duke University Press; 1978.
13. Rubiano Muñoz R. Élités, clases y poder político A los 110 años de la Guerra de los Mil Días. *Dial Der Pol.* 2009; 1 (2): 1-30.
14. Robinson J, Acemoglu D. *Why nations fail: The origins of power, prosperity and poverty.* London: Profile Books Ltd; 2012.
15. Gaviria Uribe A. Exposición de motivos del Proyecto de Ley «Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Gobierno Nacional. Proyecto de Ley Ordinaria 210 de 2013 «Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
16. Gómez PFH. La hecatombe de la salud en Colombia. *Rev Colomb Salud Libre.* 2013; 8 (1): 9-10.
17. Núñez J, Zapata JG, Castañeda C, Fonseca M, Ramírez J. *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.* Bogotá: Fedesarrollo; 2012.
18. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publ.* 2008; 24 (3): 210-6.
19. Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedion Ú. *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia.* Washington: Inter-American Development Bank; 2010.
20. Santa María M, García F, Rozo S, Uribe MJ. Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En: Santa María M (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma.* Bogotá: Fedesarrollo; 2011.
21. Ordóñez MA. Audiencia Pública en el Congreso de la República. Ponencia sobre «Alta cirugía para el sistema de salud colombiano». Julio 12 de 2012. Salón Boyacá. Disponible en: [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/PONENCIA%20SALUD%20PROCURADOR\\_Congreso%2012julio.pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/PONENCIA%20SALUD%20PROCURADOR_Congreso%2012julio.pdf) Consulta: 08/abril/2015.
22. Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas.* Bogotá: Embajada de los Estados Unidos de América; 2011.
23. Ruiz-Rodríguez M, Vera-Cala LM, López-Barbosa N. Seguro de salud y cobertura de vacunación en población infantil con y sin experiencia de desplazamiento forzado en Colombia. *Rev Salud Publ.* 2008; 10 (1): 49-61.
24. Cfr. Profamilia. *Salud sexual y reproductiva en Colombia.* Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Profamilia; 2000.
25. Ayala-Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saúde Publ.* 2002; 18 (6): 1771-81.
26. Santa María M, García F, Prada CF, Uribe MJ, Vásquez T. Evaluación de impacto de la reforma de 1993 al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Santa María M (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma.* Bogotá: Fedesarrollo; 2011.



27. Unicef. *La niñez colombiana en cifras*. Bogotá: UNICEF Colombia; 2002.
28. Márquez CP. *Informe motivado del Superintendente Delegado para la Promoción de la Competencia*. Radicación N° 09-021413. Bogotá: Superintendencia de Industria y Comercio; 2011. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/INFORME%20ACEMI%20SUPERINTENDENCIA%20I&C.pdf> Consulta realizada: 27/03/2015.
29. Gañán RJL. *Los muertos de la Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC)*. Tesis de doctorado. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2010.
30. Agudelo CCA. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (6): 2817-28.
31. Ayala GJ. *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República/Centro de Estudios Económicos Regionales; 2014.
32. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. *Rev Salud Pública*. 2000; 2 (2): 145-64.
33. Restrepo J, Zambrano A, Vélez M, Ramírez M. *Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform*. Documentos de trabajo, N° 17. Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.
34. Muñoz NO. Los paseos punitivos del paseo de la muerte. *Rev Leyex Info*. 2010; 4 (1): 1-15.
35. Contraloría General de Medellín. *La salud en Medellín está grave*. El Auditor. 2009.
36. Díaz-Toro YR, Gutiérrez-Ortiz R, Quimbayo-Montealegre E, Jiménez-Barbosa WG. Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. *Rev Univ Salud*. 2014; 16 (2): 234-45.