



# Seguridad Social



## CÓMO DEJÓ EL GOBIERNO ANTERIOR LA SEGURIDAD SOCIAL

Juan Carlos González\*\*\*

Intervención del ministro de salud, Alejandro Gaviria Uribe, durante la Semana de la Seguridad Social, mayo 2018.  
<https://bit.ly/2FEai5w>



En mayo de 2018, el entonces ministro de salud, a propósito de la Semana de la Seguridad Social 2018, hizo un balance sobre la misma, que me ha parecido, sirve de reflexión sobre cómo deja el sistema luego de cerca de ocho años bajo su dirección. Además, como siempre, en sus exposiciones, tiene ese don didáctico tan particular que, al menos en mi caso, me permite entenderlo muy bien. Los invito a verlo en <https://bit.ly/2FEai5w>

### Indicadores a favor



Imágenes tomadas de <https://bit.ly/2DgP2kl> y <https://bit.ly/2Rxg28a>

Una primera postura es su enfrentamiento contra el pesimismo que afirma, existe en algunos medios de comunicación contra el sistema de salud. Expone y sostiene a través de los indicadores de Salud Pública cómo Colombia ha mejorado en torno a la salud. Reconoce que aún la

periferia de Colombia tiene unas condiciones muy desiguales, y, sin embargo, según su balance, el país ha mejorado. Su postura optimista es coherente con posiciones previas y bien explicadas en otras intervenciones (1).

\*\*\* MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-  
[juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



### La salud como derecho



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2st0qUm>

Considera que tal visión se ha convertido en un importante empoderamiento de la población colombiana. Todos los colombianos saben y están dispuestos a exigir tal derecho (2).

Además, de una u otra forma se está garantizado la protección financiera para hacer valer ese derecho.

Expectativas de los Actores		
PERSPECTIVA		
<b>Usuarios:</b> pacientes y comunidad	<b>Prestadores:</b> Profesionales y equipo de salud	<b>Administradores y Financiadores:</b> Estado, aseguradoras, Prestadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Oportunidad</li> <li>•Mejoría de síntomas</li> <li>•Recuperación de funciones</li> <li>•Acceso</li> <li>•Comodidad</li> <li>•Trato</li> <li>•Bajo riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Disponibilidad de recursos</li> <li>•Acceso a tecnologías avanzadas</li> <li>•Reconocimiento</li> <li>•Autonomía</li> <li>•Seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Eficacia</li> <li>•Eficiencia</li> <li>•Productividad</li> <li>•Competitividad</li> </ul>

Imagen tomada de: <https://bit.ly/2TWXDym>

Afirma el exministro que se ha generado una paradoja extraña a partir de las expectativas, la que explica con este ejemplo: si se les pregunta a las personas cuál fue la

percepción de la última atención, cerca de un 80 % afirma que entre buena y muy buena. Pero, si se les pregunta por la percepción del sistema, esta es mala.



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2NGaRfo>

Tal vez eso se deba a que los medios han enfatizado en la corrupción y las dificultades del sistema, no exponiendo las virtudes ni los logros.

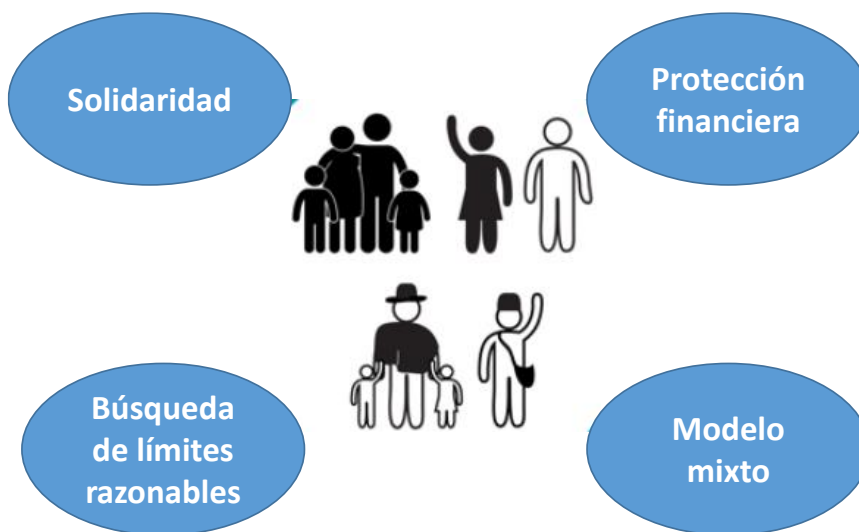


Imagen tomada de: <https://bit.ly/2sAXTHv>

Sostiene que el sistema tiene una tensión financiera. Para él (y lo ha expuesto varias veces) el contrato de la seguridad social en salud tiene un desequilibrio. Ofrece más de lo que puede dar. Con unos recursos finitos no se puede ofrecer un

plan infinito. Bien vale la pena profundizar la posición del ministro en una muy buena presentación que hace con acceso a todos en la dirección <https://bit.ly/2HkBjgA>

### Por sostener



Considera que la solidaridad (el que más gana, más contribuye, pero todos recibimos el mismo plan) es una de las mayores virtudes del sistema. Reconoce que aún hay que hacer esfuerzos para que en el régimen subsidiado el acceso sea similar al del contributivo.

Cree y sostiene que el ser un sistema mixto es una gran ventaja. Expone que la discusión ya no ha de hacerse en torno a ideologías (izquierda o derecha), sino a capacidades. Afirma que se debe hacer el análisis de lo que se hace bien y reforzarlo sin importar si es privado o público.

Cree que ha sido una fortaleza el hacer el análisis de las exclusiones comprometiendo a la comunidad y buscando la evidencia de lo que se solicite. El empoderamiento hacia la salud como derecho debe ser estimulado con procesos participativos y racionales, que realmente sean influyentes.

Y, es clave, según el exministro, saber con certeza qué se puede y qué no se puede hacer (incluso antes de decir que, por ser un derecho, todo se puede). Cree que se ha hecho la tarea de la búsqueda de recursos, reconociendo que aún existe el problema de las deudas antiguas.



### Los retos

## La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación\*

### The Crisis of the Colombian Health System: An Approach from Legitimacy and Regulation

### A crise do sistema de saúde colombiano: aproximação desde a legitimidade e a regulamentação

Cree que se debe pasar del empoderamiento existente hacia la legitimidad del sistema, con una visión de protección hacia el mismo por parte de todos los actores. Esa legitimidad

implica combatir la corrupción y asegurar la eficiencia en salud de la descentralización (departamentos y municipios).



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2MIUI0j>

El gran reto de las regiones (y a la larga del sistema) está en volver a las administraciones eficientes. Expone que en Colombia existen muchos gerentes de salud ¿Cómo hacer para que asuman el desarrollo de sus instituciones?

### Transparencia

Al respecto, cree que la transparencia es clave, transparencia que puede darse a través de la redención de cuentas y, sin duda, con contabilidades reales. Expone que el sistema debería hacer **pagos por valor**, entendidos como aquellos

procesos que le aportan mayor bienestar y eficiencia al sistema. Como ejemplo pone el surgimiento de un nuevo medicamento para una enfermedad. ¿Le aporta valor al enfermo y al sistema?

### Reforma de abajo hacia arriba

**Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS**  
Plan de capacitación sectorial



Cree que implementar **Modelos Integrales de Atención en Salud** será clave, por ser ahí donde la población percibe la realidad del sistema.



### Su gran mensaje: la “vaca” en los aportes

## Alejandro Gaviria: “La vaca de la salud es sagrada”

Ministerio de Salud y Protección Social > Alejandro Gaviria: “La vaca de la salud es sagrada”



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2D1C33>

Finaliza exponiendo que se necesita un cambio o un reforzamiento de la cultura en salud y pone como ejemplo la costumbre colombiana de la “vaca” que un grupo hace cuando comparten gastos. Sostiene que hemos de ver a la salud como de **todos** y que solo podrá funcionar bien si todos hacemos el uso **adecuado**. Afirma que hemos de combatir la idea, aún hoy imperante, de que, dado que “yo he pagado durante toda una vida, ahora debo gastar todo lo que pueda” (teoría del saqueo). Dice que esto quedó muy bien expresado en la tragedia de los campos comunales de Hardin (3) y que, en buena medida, es lo que nos está sucediendo con el

medioambiente. Pero, y ahí está la esencia de su despedida, expone la concepción de lo común que tanto estudió la Premio Nobel en Economía, Elionor Ostrom, y dice que así debemos concebir a la salud. El video titulado “¿A quién le pertenece el mundo?” (4) ofrece una explicación que nos ayuda a entender aún mejor esta fascinante concepción.

El ministro insiste en la necesidad de crear una cultura de lo común donde todos lo protejamos y evitemos el efecto saqueo. ¿Cómo hacer que la “vaca” sea sagrada? Ese es el mayor reto.

### ¿Qué opinar?

Creo que es clave invitar siempre a opinar sobre el sistema de salud pues ciertamente es de todos. Ahí hay una primera gran identificación; la visión “comunal” del sistema de salud. Todos debemos entender el sistema, solo así, podremos hacer cambios verdaderos y legítimos.

### Urgencias, el mal reflejo de un sistema



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RSvk6F>





Al leer al exministro Gaviria y su queja contra el pesimismo o las malas noticias, no puedo estar de acuerdo. Acudí en menos de un mes a urgencias de dos clínicas y, lo que presencié es un atentado contra la dignidad del enfermo. No es suficiente asegurar que los pacientes serán atendidos y que recuperen sus condiciones vitales; deben ser tratados con dignidad, con respeto. ¿Qué se ve? Pacientes en sillas y camillas, incluso sentados en el piso, que reciben una pobre comunicación por parte de unos equipos de prestadores saturados por completo. Lo que quiere decir que la capacidad de atención de tales entidades está por completo sobrepasada.

¿A qué se debe esto? El asunto ha sido estudiado desde distintas ópticas (5). Genéricamente podríamos afirmar que, por un lado, es debido al déficit de infraestructura y, por otro, porque no se tiene el personal suficiente. ¿Por qué sucede esto? Porque la IPS quiere evitar el mayor "descuadre" posible pues no se le paga a tiempo.

Esto se debe resolver, y pronto, ya que produce un daño inmenso a la credibilidad de las bondades del sistema y, por completo, a la legitimidad del sistema (6).

### ¿Por qué se produce la sobrecarga en los servicios de urgencias?



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2DgyY29>

Creería que ocurre por alguna de las siguientes explicaciones, aparte de las ya bien estudiadas (5):

- Por **sobrecarga de pacientes**, siendo la falta de acceso a la consulta normal o la ausencia de una consulta prioritaria (aquella que se concede, por ejemplo, en menos de 8 horas de solicitada) las probables responsables. Las IPS asignadas no ofrecen este último servicio ya sea porque las EPS no se los reconocen o porque pretenden ganar sin cubrir las necesidades de sus pacientes. Las soluciones son obvias: mejorar el acceso a la consulta y brindar esa consulta prioritaria. ¿Por qué no se hace?
- Por el nombramiento, de parte de las IPS, **insuficiente del personal necesario**, lo que conlleva

a que se saturen y no puedan cubrir dignamente la demanda. ¿Por qué actuarían así? Solo dos explicaciones, para disminuir pérdidas o incrementar utilidades. En ambas, como se ve, prevalece lo económico por encima del paciente.

- **Por falta de definición de los casos**, cuando ya lo vital ha sido cubierto, pero la EPS no autoriza su hospitalización o remisión. Esto determina la estadía injustificada de pacientes, ocupando espacio y dedicación del personal. Este problema es exclusivo de la EPS.



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2sxqH3L>



Afirma el ministro que ya existe la protección financiera para la atención. Pero una vez más, y sin querer parecer catastrófico, esto es contrario a lo que explica la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (7), que expone la penosa situación en que se encuentran por las deudas y por el atraso de los pagos por parte de las EPS.

Ciertamente no está bien desconocer los enormes beneficios que se reciben, pero el asunto es que es mucha la presión la

que se ha de ejercer para obtenerlos; por ejemplo, a través de las tutelas (según Gutiérrez, "en Colombia las reclamaciones del derecho por vía judicial son alrededor de 3289 por cada 100 000 habitantes, mientras que en Brasil y Costa Rica son de 77 y 109, respectivamente") (8). El sistema no funciona dignamente y, cada vez más, lo hace bajo presión jurídica.



http://www.20minutos.es/noticia/2714577/0/precio-gasto-insulina-triple/ultima-decada-ano-paciente/

## EL NUEVO SIGLO

Domingo - Abril 6 de 2017

Noticias

### Desequilibrio de ingresos afecta la salud

Enero 11, 2014 - 06:00 AM



La causa esencial de la problemática expuesta por el gobierno en el sistema de salud es el desequilibrio entre ingresos y gastos. De cada 100 pesos que ingresan a una EPS en el régimen contributivo, automáticamente deben destinarse 94 al pago de las prestaciones médicas.

A ello deben agregarse otros 5 pesos para pagar servicios no contemplados en el POS (recobros al Fosyga que este finalmente no reembolsa a la EPS). Queda un peso para

http://www.elnuevosiglo.com.co/articulo/7-2014-desequilibrio-de-ingresos-afecta-la-salud

Plantea el ministro Gaviria la presencia de esa tensión financiera determinada entre lo que se quiere dar y los recursos existentes. Siempre la habrá, pues los avances tecnológicos aparecerán y, con ellos, el incremento que se genera es inevitable (9). Pero, retomando su idea de la "vaca", se deberá crear una cultura de lo "común" hacia los recursos. Es indispensable ver al sistema de salud como algo de "todos", algo "común" y empoderar a la comunidad, a los prestadores y a los administradores con ello. Hacerles ver que todos tenemos un papel fundamental que se traduce en el uso adecuado de los recursos.

Respecto a la solidaridad, es sostenible siempre y cuando el trato sea digno sin importar los recursos. Todos, sin importar

lo que se aporte, hemos de recibir la mejor atención posible, y en esta el trato resulta clave. No debe suceder que quienes puedan pagar más, reciban una mejor atención. ¡No está bien... pero eso es lo que hoy sucede con los planes complementarios o la Medicina prepagada! Todos debemos recibir en la enfermedad, momento de máxima vulnerabilidad, la mejor atención posible.

El ministro ve como una ventaja que el sistema sea mixto. Está bien; incluso, puede proponerse una competencia de calidad medida por alcanzar el máximo de salud posible de la población.



Imagen tomada de: https://bit.ly/2QV8YgD

Nunca más debe ocurrir lo que hicieron los sectores privados con los dineros públicos (fuentes de ganancias privadas). Se desviaron los recursos para hacer ganar a sus dueños y no para brindar salud.



¡Qué gran idea es esa de que todos los actores establezcan qué se excluye! Es una forma de fortalecer esa visión de lo común y, de seguro, una buena estrategia para evitar el saqueo.

### Reflexiones

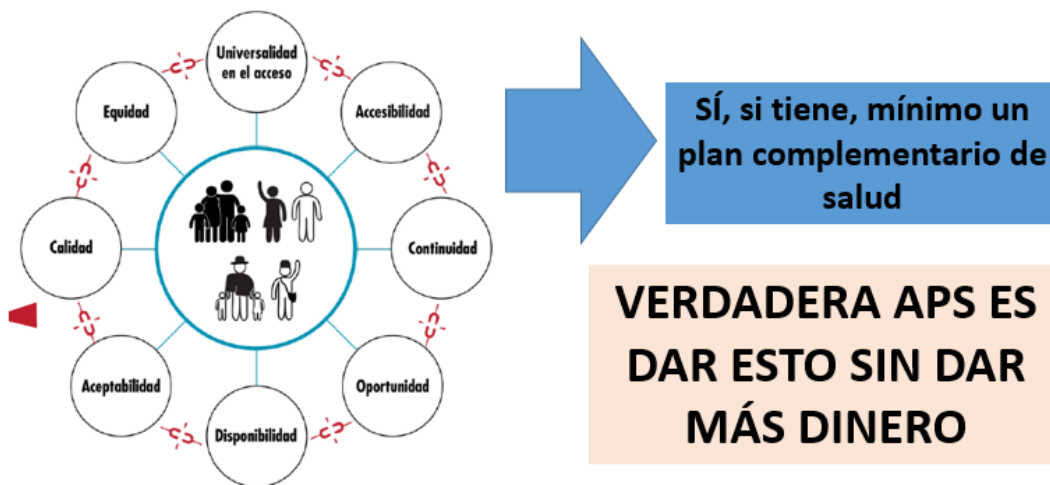


## Si no puede pagar prepagada, acuda a un plan complementario

En Colombia, apenas 250.000 personas están afiliadas a un plan complementario de salud, un servicio tan efectivo como la medicina prepagada, pero a un costo menor.

Yo entiendo que el exministro Gaviria crea que son más los avances. El país ha mejorado; el acceso se da, aunque no en las mejores condiciones de acuerdo con la percepción de los pacientes. Me atrevo a decir que podemos asistir al médico,

pero no recibimos el trato que esperamos. Esto se aprecia en la diferencia de las percepciones de los pacientes atendidos por los planes complementarios con la atención del Plan Obligatorio en Salud (POS).







No está bien que sea el dinero el que establezca tal diferencia. Es, incluso mi impresión, que en las solicitudes de exámenes o medicamentos en los planes complementarios (que se pagan no con los recursos adicionales que los usuarios pagan, sino con los recursos de la seguridad social) no existen las restricciones del POS. Algo así como, "dado que paga más, le ponemos menos trabas".

Los hospitales no están en una buena situación (7). No existe la garantía del giro de los recursos por atender a la población. Una situación que se observa cada vez más es la de aquellos hospitales que reciben en urgencias, como es su deber, a todos los pacientes que acuden. Allí, como debe ser, les hacen un manejo que, superando la condición vital, procuran definir de la mejor manera. Pero, al hacerlo y beneficiar al paciente, asumen el inmenso riesgo de que la EPS no les cancele, con el consiguiente déficit. ¿Por qué las EPS no aprueban esas definiciones de casos, que no solo son lo mejor para los pacientes, sino que permiten un mejor uso de los recursos? Creería que es por una situación paradójica. Algunas EPS han establecido convenios con IPS pactando tarifas que

los favorecen, así que no permiten que aquella IPS donde ha llegado el paciente defina la conducta a seguir. Pero no hacerlo, paradójicamente, el sistema de remisión no funciona como debería y termina ocasionando más riesgo al paciente al no iniciar su tratamiento y más gastos por la permanencia injustificada en el servicio de urgencias.

El asunto es que la atención en aquellas IPS, que asumen el riesgo de atender más allá a sus pacientes, será glosada con la imposibilidad de recuperar los recursos utilizados, resultando en que las IPS entren en crisis económica y el personal prestacional sea quien termine sufragándolos con el no pago de su trabajo. El asunto es que muchos trabajadores al ver que no les pagan se van y esa IPS no puede contratar a más personal, dejando sobrecargados de pacientes a los que no se les define conducta porque no está autorizado y con poco personal de prestación con los riesgos inherentes. ¿Cuántas son las IPS que se enfrentan a esto y cuántas no? De la respuesta podremos definir qué tan bien funciona el sistema.

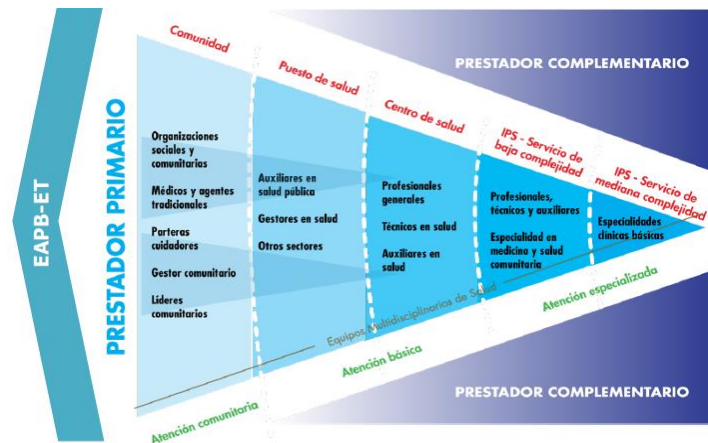


Fuente: MIAS Ministerio de salud

La solución esperada sería que, cuando la persona lo requiera, asista a urgencias en la IPS asignada -que debe pertenecer a la Red Integrada de Servicios en Salud (RISS) y que ha de estar cerca de su residencia- y dicho servicio, como parte de su razón de ser, no solo atienda su situación vital, sino que inicie el manejo. A fin de cuenta, los recursos son administrados por la RISS y de tal red salen los

destinados a urgencias, los de cuidado primario o complementario. Las tarifas, ¿caso no han de ser las mismas para todas las IPS? Lo que se debe hacer por el paciente, ¿caso no es lo mismo? El paciente ha de ser atendido, manejado y luego ha de volver a cargo del equipo de cuidados primarios responsables de mantener su condición de salud.

### Un cambio del paradigma



Fuente: MIAS. Ministerio de Salud



Creo que el sistema de salud debe virar hacia la búsqueda de un verdadero modelo de salud basado en la Atención Primaria. El MIAS lo propone, y el cuidador o prestador primario es la clave. Una RISS ha de funcionar con sus equipos primarios:

1. Familias y equipo de salud "unidas" en IPS (centros de salud familiares). Implica esto:
  - 1.1. La IPS ha de estar ubicada en el corazón del sitio donde vivan las familias.
  - 1.2. Se debe tener un diagnóstico integral de las condiciones de salud y de vida de esas familias y del sector donde habitan. Los miembros de los equipos deben conocerlo.
  - 1.3. Entre el equipo y las familias debe existir una sólida conexión y compromiso.
  - 1.4. El equipo será el encargado de:
    - 1.4.1. Ofrecer toda la atención.
    - 1.4.2. Desarrollar la prevención a través de las RIAS (Rutas Integrales de Atenciones en Salud).
    - 1.4.3. Construir los programas para atender las enfermedades crónicas (rehabilitación).
    - 1.4.4. Implementar las políticas de salud pública emanadas del Estado que impliquen acciones prestacionales.
    - 1.4.5. Saber cuáles son las redes con que cuenta para:
      - 1.4.5.1. Remitir a la especialidad.
      - 1.4.5.2. Remitir a urgencias.
    - 1.4.6. Construir los programas de participación comunitaria en:
      - 1.4.6.1. Cuidadores de salud.
      - 1.4.6.2. Dentro del sistema (alianzas de usuarios, veedurías, COPACOS).
    - 1.4.7. Construir las alianzas con otros sectores de la zona geográfica donde viven las familias, tales como colegios, jardines, ICBF y juntas de acción comunal.
2. La administración se hará a través de las RISS, teniendo en cuenta que la fuerza del sistema ha de estar en los equipos primarios por ser los encargados de hacer real la APS para las familias. ¡Esta es la relación clave!

Para que esto funcione existen varias condiciones:



**SISTEMA DE TODOS Y PARA TODOS BASADO EN USAR LO MEJOR POSIBLE LO QUE SE TIENE, PARA ALCANZAR EL MÁXIMO GRADO DE SALUD POSIBLE PARA TODOS.**

- La concepción por parte de todos (familias, prestadores y administradores) ha de ser que se trata de un sistema "común" que debe ser manejado de la forma más transparente y responsable posible. Las personas y sus familias harán el uso más adecuado del sistema, los prestadores ejercerán basados en la mejor evidencia disponible (de acuerdo con las guías disponibles) y los administradores entenderán que su papel es apoyar el buen funcionamiento de los equipos.
- Contratación digna para los equipos de salud y, a su vez, que los miembros de estos equipos consideren como su proyecto de vida la labor que realizan, queriendo decir que trabajarán para ofrecer a las familias el máximo grado de salud posible.



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RS8Jaw>

Una idea de la equidad en el uso de los recursos ha de establecer que la diferencia entre el máximo salario pagado por el sistema y el mínimo, esté entre una brecha acordada, bajo la concepción de que el sistema está para brindar el máximo grado de salud posible y no para enriquecer a unos pocos.

**¿Es posible llegar a ser centenarios con salud?**

**EL DESAFÍO DE FRENAR EL ENVEJECIMIENTO Y DE GARANTIZAR UNA BUENA CALIDAD DE VIDA A LAS PERSONAS LONGEVAS OCUPA CADA DÍA MÁS A LOS CIENTÍFICOS. UN NUEVO ENFOQUE APUNTA A UTILIZAR TERAPIAS CONTRA ENFERMEDADES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO.**

**E**l último invierno público español ha resultado un verano en el desierto. La salud, según una de las últimas encuestas del Centro de Estudios de Opinión de la Universidad de Navarra, muestra un optimismo creciente. La brecha entre el índice de confianza de los españoles y el de los estadounidenses se ha reducido a 10 puntos porcentuales. El optimismo de los españoles se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 45 a 55. El optimismo de los estadounidenses se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 55 a 65. El optimismo de los japoneses se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 65 a 75. El optimismo de los alemanes se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 75 a 85. El optimismo de los franceses se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 85 a 95. El optimismo de los británicos se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 95 a 105. El optimismo de los italianos se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 105 a 115. El optimismo de los españoles se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, pasando de 115 a 125.

**Por YOLGA GARCÍA**

El mundo se enfrenta a un reto: cómo garantizar una buena calidad de vida a las personas que viven más allá de los 100 años. Los científicos están trabajando en nuevas terapias para combatir las enfermedades asociadas al envejecimiento, como la osteoporosis, la hipertensión y la diabetes. Estas terapias buscan frenar el proceso de envejecimiento y permitir que las personas disfruten de una vida más larga y saludable.

La razón y la medida fundamental del sistema es alcanzar el máximo bienestar para la población.

¿Esto es posible? En nuestras manos está el hacerlo real.

### REFERENCIAS

- (1) González JC. Diez razones de optimismo. Carta Comunitaria. 2018; 26(146), 26-29. Disponible en: <https://bit.ly/2VZl8Zr>
- (2) González JC. Ley Estatutaria 1175 de 2015. Carta Comunitaria. 2017; 25(144), 36-42. Disponible en: <https://bit.ly/2HUZYDZ>
- (3) González JC. La tragedia de los campos comunales. Carta Comunitaria. 2018; 26(149):78-81. Disponible en <https://bit.ly/2ARQEZs>
- (4) Youtube. A quién le pertenece el mundo. Disponible en: <https://bit.ly/2prGDnM>
- (5) Restrepo J, Jaén J, Espinal J, Zapata P. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. Gerencia y políticas de salud. 2018; 17(34). Disponible en: <https://bit.ly/2Ddikil>
- (6) Yépez MC, Ricaurte M, Jurado DM. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. Univ. Salud. 2018;20(2):97-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.114>
- (7) González JC. La situación de los hospitales en 2017. Carta Comunitaria. 2017; 25(145): 12-15. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n145.230>
- (8) Gutiérrez C. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Fedesarrollo. Disponible en: <https://bit.ly/2SEJMNw>
- (9) Restrepo GL, González JC. Ante un nuevo paradigma en la salud de Colombia. Carta Comunitaria. 2017; 25(143): 36-46. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.82>



## Índice de los artículos sobre Seguridad Social publicados de 2015 a 2019

Esta sección pretende exponer ante los lectores la problemática cotidiana del sistema de salud, así como encender luces de esperanza en torno al mismo.

Título	Autor	Número	Enlace
Proceso de acción de tutela	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	<a href="https://goo.gl/9DuMNA">https://goo.gl/9DuMNA</a>
A propósito de una respuesta	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 133 (2015)	<a href="https://goo.gl/JT3Kzz">https://goo.gl/JT3Kzz</a>
De lo particular a lo general: Intento por no dejar de lado la crisis del sistema de salud	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	<a href="https://goo.gl/zS4F35">https://goo.gl/zS4F35</a>
Resumen: "Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia"	Juan Carlos González Q.	Vol. 23, Núm. 135 (2015)	<a href="https://goo.gl/gbXmSE">https://goo.gl/gbXmSE</a>
Artículos de la Constitución colombiana de 1991 relacionados con la participación política (P), social (S) y ciudadana (C)	Enrique Sabogal M.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	<a href="https://goo.gl/5XaJjU">https://goo.gl/5XaJjU</a>
Muriendo en nuestro sistema de salud	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	<a href="https://goo.gl/njYa8u">https://goo.gl/njYa8u</a>
Medicina social privada: ¿Utopía?	Carlo Rizzi.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	<a href="https://goo.gl/Z3gkX9">https://goo.gl/Z3gkX9</a>
Crónica de una muerte anunciada	Juan Carlos González Q.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	<a href="https://goo.gl/znm2tS">https://goo.gl/znm2tS</a>
Ante un nuevo paradigma en la salud de Colombia	Guillermo Restrepo Ch., Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 143 (2017)	<a href="https://goo.gl/bDzaYP">https://goo.gl/bDzaYP</a>
Ley Estatutaria 1175 de 2015	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 144 (2017)	<a href="https://goo.gl/TB2RX2">https://goo.gl/TB2RX2</a>
La situación de los hospitales en 2017	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	<a href="https://goo.gl/acVWWp">https://goo.gl/acVWWp</a>
Diez razones de optimismo	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 146 (2018)	<a href="https://goo.gl/nZVFhd">https://goo.gl/nZVFhd</a>
San Andrés y su salud: Entre la oscuridad y la esperanza de la luz	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	<a href="https://goo.gl/3pNxFY">https://goo.gl/3pNxFY</a>
Transcripción: "Texto definitivo aprobado en comisión al proyecto de ley 261 de 2017. Senado, 272 de 2017 Cámara"	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	<a href="https://goo.gl/MDCsq5">https://goo.gl/MDCsq5</a>
Recurso subvalorado	Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	<a href="https://bit.ly/2WVGWpu">https://bit.ly/2WVGWpu</a>
Informes de bolsillo de la Salud Pública en Colombia	Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.

