



Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano

Contributions to the transformation of the Colombian health system

Contribuições para a transformação do sistema de saúde colombiano

Blanca Myriam Chávez Guerrero¹

¹ Doctora en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. blanca.chavez@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-901X>

Recibido: 04/12/2021. Aprobado: 25/10/2022. Publicado: 15/11/2022

Chávez BM. Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(1):e348269. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269>

Resumen

El objetivo de este ensayo es aportar elementos para el debate sobre la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, el derecho fundamental a la salud y sus implicaciones y, asimismo, proponer otros elementos para el nuevo sistema de salud que requiere el país, sin que se constituya este ensayo en un proyecto de reforma. El resultado del análisis muestra que la Ley 100 de 1993 no solo profundizó las inequidades, sino que además generó nuevas desigualdades evitables y regresivas, como la carencia de atención integral, el deterioro de la salud pública, la rentabilidad financiera por encima de los derechos de las personas, la negación de los servicios, la inadecuada regulación del Estado y la corrupción de la mayoría de sus actores. Las reformas a dicha ley, mediante las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y la promulgación del

derecho fundamental a la salud en la Ley 1751 de 2015, no han logrado cambios significativos en el sistema de salud, a pesar de la emisión de nuevas normas regulatorias esperanzadoras, dado que el sistema actual se basa en el neoliberalismo. La salud es producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica; en consecuencia, el derecho a la salud debe trascender de la enfermedad al bienestar, como garantía proporcionada por el Estado. La base de un nuevo sistema de salud será, sin duda, la dignidad humana en sus elementos objetivos y subjetivos, como máxima expresión del cumplimiento de los derechos humanos.

-----*Palabras clave:* derecho a la salud, dignidad, Estado, Ley 100 de 1993, neoliberalismo, sistema de salud

Abstract

The objective of this essay is to contribute elements for the debate on the crisis of the General System of Social Security in Health of Colombia, the fundamental right to health and its implications, and thus to propose other elements for the new health system required by this country, without this essay constituting a reform project. The result of the analysis shows that Law 100 of 1993 not only deepened inequities, but also generated new avoidable and regressive inequalities, such as the lack of comprehensive care, the deterioration of public health, placing financial profitability above the rights of the people, the denial of services, the inadequate Government regulation and the corruption of the majority of its actors. The amendments to said law (Laws 1122 of 2007 and 1438

of 2011) and the promulgation of the fundamental right to health in Law 1751 of 2015, have not achieved significant changes in the health system, despite the issuance of hopeful new regulatory norms, given that the current system is based on neoliberalism. Health is a product of social action and not a mere result of medical care. Consequently, the right to health must go beyond illness to well-being, as a guarantee provided by the Government. The foundation of a new health system will undoubtedly be human dignity in its objective and subjective elements, as the highest expression of compliance with human rights.

-----*Keywords:* right to health, dignity, Government, Law 100 of 1993, neoliberalism, health system

Resumo

O objetivo deste ensaio é fornecer elementos para o debate sobre a crise do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde da Colômbia, o direito fundamental à saúde e suas implicações e, igualmente, propor outros elementos para o novo sistema de saúde que o país requer, sem que este ensaio comporte um projeto de reforma. O resultado da análise mostra que a Lei 100 de 1993 não só aprofundou as assimetrias, mas gerou novas desigualdades evitáveis e regressivas, como a ausência de atenção integral, a degradação da saúde pública, a rentabilidade financeira por cima dos direitos das pessoas, a negação dos serviços, a inadequada regulação do Estado e a corrupção da maioria de seus atores. As reformas de tal lei, por meio das leis 1122 de 2007 e 1438 de 2011, e a promulgação

do direito fundamental à saúde na Lei 1751 de 2015, não atingiram câmbios significativos no sistema de saúde, apesar da emissão de novas normas regulatórias esperançasas, pois o sistema atual se baseia no neoliberalismo. A saúde é produto da ação social e não um mero resultado da atenção médica; em consequência, o direito à saúde deve transcender da doença para o bem-estar, como garantia providenciada pelo Estado. A base de um novo sistema de saúde será, sem dúvida, a dignidade humana em seus elementos objetivos e subjetivos, como máxima expressão do cumprimento dos direitos humanos.

-----*Keywords:* direito à saúde, dignidade, Estado, Lei 100 de 1993, neoliberalismo, sistema de saúde

Introducción

El objetivo de este ensayo es aportar elementos para contribuir a la creación de un nuevo sistema de salud para Colombia, con la participación de los actores sociales, políticos, económicos y del Gobierno, que trasciendan a la materialización del derecho a la salud, con la conformación de un nuevo sistema que responda a las necesidades del país. Es importante precisar que el alcance de este ensayo es plantear situaciones críticas del sistema actual y los aspectos que considero deben asumirse en la construcción de un nuevo sistema de salud; por tanto, no es un proyecto de transformación ni se trazan rutas para desarrollarlo.

El tema se expone en tres aspectos: 1) la crisis del sistema general de seguridad social en salud, presentada durante su funcionamiento desde la promulgación de la Ley 100 de 1993; 2) las declaraciones sobre el derecho

fundamental a la salud y sus implicaciones en su materialización, y 3) la contribución teórica a la estructura de un nuevo sistema de salud. Para ello, se partió de una revisión no sistemática de la bibliografía en revistas indexadas, boletines, leyes y normas del Ministerio de Salud, declaraciones de organismos nacionales e internacionales, investigaciones y literatura no publicada.

Crisis del sistema general de seguridad social en salud

El modelo desarrollado por la Ley 100 de 1993 [1] se basa en la modificación de las relaciones entre el Estado y la sociedad, y del principio de justicia distributiva en los que se soporta el Gobierno para definir la salud como bien de consumo, dando paso a la competencia regulada en la prestación de los servicios de salud [2,3].

Sin perder de vista el fundamento neoliberal del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, algunos actores [4-6] reconocen aspectos positivos como el Fondo de Solidaridad y Garantía, donde confluyen todos los recursos, la exigencia de un plan mínimo de beneficios, el aseguramiento obligatorio, la unidad de pago por capitación, la separación de funciones de administración y la prestación de servicios. También la coexistencia de los regímenes contributivo y subsidiado, este último destinado a los pobres, focalizados por una encuesta que combina criterios de línea de pobreza y de necesidades básicas insatisfechas [3].

En la normatividad anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió el Boletín de Prensa 186 de 2012 [7] y más reciente, la Resolución 0002292 de 2021 [8], donde se resalta la unificación de los planes en salud; sin embargo, Las intenciones de las autoridades sanitarias no se han materializado, continuando con las restricciones propias del sistema. Lo único que se puede mostrar es el avance en el aseguramiento de la población, que ha logrado el 99,6 % [9]. Este porcentaje significa que las personas poseen un carné de afiliación y que las entidades promotoras de salud (EPS) tienen en esa misma proporción el dinero de la salud, pero no indica la cobertura en salud de la población.

Aparentemente, la Ley 100 de 1993 [1] subsanaría las deficiencias del anterior Sistema Nacional de Salud de 1975; sin embargo, al implementar el modelo, se presentaron muchos problemas, como la incapacidad de gobernarlo; la rectoría fue asumida por las aseguradoras de acuerdo con sus intereses y en ausencia del Estado; bajas cobertura de servicios; duplicación de la afiliación en los regímenes por falta de un sistema de información; corrupción de los actores; la intermediación ha aumentado el gasto público y privado en salud; además de la multiplicidad, duplicidad y ambigüedad de las normas expedidas por el Gobierno y la negación de servicios, que han provocado múltiples acciones de tutela.

El SGSSS no ha podido resolver los problemas estructurales en salud, que crean desigualdades en la población, por ligar el sistema de salud a la capacidad de pago de las personas [1,10]. Por el contrario, el modelo tiene complejos mecanismos de regulación, que oculta un grave problema, al concebir la salud como un servicio de consumo individual que puede solucionar el mercado [11], con lo que crea inequidades y vulnera el derecho fundamental a la salud.

Las situaciones críticas del SGSSS han sido observables y verificables a lo largo de su funcionamiento, acumulando múltiples fracasos. Los asuntos más sentidos, estudiados por diferentes autores e investigadores que centran su atención en la crisis del sistema, son: la carencia de atención integral, diferenciada, oportuna y de calidad para la mayoría de los colombianos, debido a múltiples problemas, como la fragmentación de los servicios

y la segmentación estructural del sistema; información y comunicación deficiente; autorizaciones diferidas en el tiempo; demora en citas con médicos generales y especialistas, así como en las ayudas diagnósticas, los procedimientos quirúrgicos, el tratamiento y la entrega de medicamentos, y las inconsistencias en la afiliación, afectando directamente a la población más necesitada [12-15]. Por otra parte, la rentabilidad financiera ha sido puesta por encima de los derechos de las personas, como sucede con la negación sistemática de los servicios incluidos en el plan de beneficios en salud, motivada por el ánimo de lucro, lo que ha facilitado el desvío de recursos, en detrimento del cuidado de las enfermedades prevalentes en la mayoría de la población, sin que se pronunciaran los entes responsables del control.

Debido a las situaciones anteriores, se presentaron aproximadamente cuatro tutelas por falla o negación de los servicios de salud por minuto, con la complicidad de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud, por no controlar y sancionar a los responsables. Además, la integración vertical, que permitió a las aseguradoras prestar servicios de salud de forma directa, con sus propios centros, facilitó legalmente la extracción de los dineros del sistema y la liberación de precios de medicamentos, que condujo a Colombia a pagar por mucho tiempo los más costosos del mundo [9,16-19].

También se ha presentado el impacto negativo en la salud por la profundización de las desigualdades injustas y evitables, con detrimento en la población más vulnerable del país, con tasas mayores de mortalidad infantil y materna respecto al sistema anterior, coberturas bajas en vacunación que no alcanzan niveles útiles de prevención, altos grados de desnutrición, incremento de morbimortalidad por enfermedades tropicales y la sífilis congénita, con resultados diferentes en los regímenes contributivo y subsidiado, problemas no visibles al Ministerio de Salud y el Gobierno. Otro efecto fue el cierre de los servicios de pediatría, maternidad y el uso de tecnologías de mayor nivel de complejidad al requerido, por conveniencia financiera, como la práctica de cesáreas, sustituyendo el parto natural [20-22].

La salud pública ha sido la más afectada por la Ley 100. Su continuo y sistemático deterioro ha permitido el avance de las enfermedades que se pueden evitar, generando el uso de tecnologías complejas y costosas para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, que suelen producir complicaciones y muertes evitables en la población.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convirtieron en una expresión vulgar denominada “P y P”, desconociendo los avances anteriores en salud y separándose el Gobierno de los pactos, las declaraciones y los lineamientos de los organismos internacionales en salud (Organización Panamericana de la Salud —OPS—, Organización Mundial de la Salud

—OMS—), compromisos adquiridos por el Gobierno de Colombia, pero no asumidos [23,24]. Las acciones de salud pública que promueven, preservan y protegen la salud, con alto impacto colectivo y con altas externalidades, no fueron privilegiadas por la ideología neoliberal individualista y por la baja rentabilidad económica que representan, lo que ha incrementado las enfermedades transmisibles controladas en el pasado (cólera, dengue hemorrágico y las enfermedades inmunoprevenibles) [19,25-29].

La transformación de los hospitales públicos en *empresas sociales del Estado* propició la liquidación o cierre de muchas de ellas, por obligarlos a competir en el mercado, con herramientas propias del sector privado: la facturación de cada actividad, la tercerización del empleo y vinculación del personal por medio de cooperativas, en detrimento de las condiciones laborales [30-33]. Estos arreglos institucionales de tinte neoliberal garantizaron la libre competencia y la mercantilización de la salud, con nuevos actores, roles y procesos. Las entidades promotoras de salud (EPS) tienen el dinero y contratan con las instituciones prestadoras de servicios, imponiéndoles la obligación de generar rentabilidad financiera, en menoscabo de lo social. Las intermediarias controlan el flujo de recursos financieros y retienen los pagos a veces sin explicación alguna, lo que ha provocado crisis hospitalarias por falta de liquidez para su funcionamiento. Además, no hay transparencia ni rendición de cuentas por parte de estas, llegándose a una deplorable ejecución de los recursos del sistema [17,34,35].

La corrupción ha permeado todo el sistema, manifestándose de diferentes formas. El modelo de aseguramiento apoyado por las condiciones del plan de beneficios en salud único y la unidad de pago por capitación (UPC) facilitaron a las EPS su agremiación, para obtener mayores ganancias a través de los recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía, por actividades ya incluidas en los planes y pagados por la UPC.

Además, se ha comprobado el desvío de recursos, con el objetivo de capitalizar a las EPS, que invierten en equipos deportivos, compra de activos inservibles en salud, viviendas recreativas, inversiones en otros países, cooptación de aseguradoras y prestadoras de servicios por grupos ilegales, falsedad en documentos oficiales con la finalidad de apropiarse de los dineros públicos, contratación de asesorías de profesionales que posteriormente desempeñaron altos cargos en el Gobierno y desconocimiento de deudas contraídas con instituciones prestadoras de salud, con el beneplácito de los gobernantes de turno [11,19,36].

Las situaciones mencionadas incrementaron el gasto en el nuevo sistema de salud, representando el 7 % del producto interno bruto, por la separación de las lógicas mercado-Estado dentro de la estructura económica dominante y la debilidad de este último. Los intentos por

resolver los problemas han aumentado las frustraciones en grandes sectores de la población, justamente en los que más se enferman por encontrarse en las peores condiciones de vida [2,37].

A pesar de los ajustes hechos al SGSSS por la Ley 1122 de 2007 [38] para mejorar la prestación de los servicios de salud, la financiación y el fortalecimiento de los programas de salud pública y otros aspectos, no hubo cambios grandes en el sistema. Igualmente pasó con la Ley 1438 de 2011 [10], cuyo objetivo era el

[...] fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Esta ley tan prometedora, que cautivó a muchos salubristas del país, solo quedó plasmada en el papel, porque la estructura del SGSSS no permitía dichas transformaciones. Después se emitió la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 [39], con el objeto de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, la cual produjo una euforia: ya no era la transformación del sistema, sino el reconocimiento y la garantía del derecho a la salud, a pesar de su estrecha comprensión del significado y amplitud de este derecho. Desde su promulgación, han pasado 7 años y no se han dado cambios significativos; además, no se dio la ley ordinaria de la que hablaba la Ley Estatutaria, que crearía el nuevo sistema de salud que respondiera a los principios del derecho fundamental a la salud. Solo se han dado algunas resoluciones del Ministerio de Salud, que dan la sensación que únicamente son ajustes al SGSSS, pero sin visualizar el nuevo sistema de salud.

Se podría continuar enunciando muchos más problemas generales y específicos del actual SGSSS que atentan contra la dignidad humana; sin embargo, acá se han presentado aquellos que han sido investigados y analizados por diferentes actores de la sociedad de los cuales se tiene mayor conocimiento. Por lo tanto, es necesario repensar el nuevo sistema de salud para Colombia, tomando como eje los derechos humanos (DD. HH.).

Declaraciones sobre el derecho fundamental a la salud y sus implicaciones

La OMS, en su carta de fundación de 1946, declaró que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología polí-

tica o condición económica o social” [40]. La Declaración Universal de los DD. HH. fueron proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, en 1948 [41]. Posteriormente, se firman otros tratados que obligan a los Estados a garantizarlos, incluyendo los pactos internacionales de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales [42], constituyendo el Marco Internacional de DD. HH.

Como se deduce de las declaraciones y los esfuerzos de estos organismos, la salud es un derecho regulado en los instrumentos jurídicos de carácter internacional, en los que se establece que es universal, vinculante e indispensable para el ejercicio de los demás DD. HH.

Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado del seguimiento de estos derechos, expone que los factores determinantes de la salud son el agua potable, condiciones sanitarias y laborales adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición, vivienda adecuada, un medio ambiente sano y la educación e información sobre cuestiones relacionadas con el tema [43].

Ha pasado mucho tiempo desde la declaración de la salud como derecho fundamental en el mundo. Sin embargo, en Colombia, solo en la primera década del siglo XXI, la Corte Constitucional emite diferentes sentencias al respecto:

- T-860 (2003), donde comenta que la prestación de los servicios de salud tiene un carácter vinculante para los entes encargados [44].
- T-016 (2007), que protege el derecho fundamental a la salud en cuatro aspectos importantes: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad [45].
- T-760 (2008), la cual declara el derecho a la salud autónomo [46].
- T-121 (2015), que ratifica el derecho fundamental a la salud y lo declara servicio público vigilado por el Estado y reconocido por el legislador estatutario como fundamental de carácter de irrenunciable [47].
- T-261 (2017), que establece el derecho a la salud de paciente con cáncer, con protección constitucional especial [48].
- T-012 (2020), que ratifica el derecho fundamental a la salud y la protección especial frente a las enfermedades catastróficas o ruinosas [49].

No obstante, en el país se continúa con el SGSSS creado por la Ley 100 [1] y modificado por las leyes 1122 de 2007 [38] y 1438 de 2011 [10], constituyendo un escenario contrario a las disposiciones de la Corte Constitucional, con un sistema de mercado que profundiza las inequidades.

En el 2015 el Gobierno expide la Ley Estatutaria 1751 [39], que reconoce el derecho fundamental a la salud, pero con un significado restringido, apartándose

el Gobierno de los lineamientos de organismos internacionales y de las necesidades del pueblo colombiano, reduciéndolo al acceso a los servicios médicos que es solo uno de sus componentes, y desconociendo la amplitud de “un verdadero derecho fundamental, universal, irrenunciable, inherente a la persona humana, integral e integrador, esencial para la materialización de una vida digna y con calidad y vital hacia la eficacia real del principio de igualdad material” [50].

El anhelo de tener un sistema transparente, inclusivo, equitativo, que logre enfrentar los determinantes sociales, que cambie el modelo biomédico y que transcienda la enfermedad a fin de impactar las condiciones de vida de la población colombiana [51] no se materializa todavía. Según la Primera Conferencia de Promoción de la Salud en 1986, se requiere de la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad [52], aspectos profundos relacionados con los DD. HH. que el Estado debe garantizar, encarando las desigualdades en la prestación de los servicios médicos, como también las inequidades injustas y evitables, arraigadas en estructuras sociales, económicas y normativas [53].

A pesar del cúmulo de conocimientos, pactos internacionales, políticas, leyes y las aspiraciones legítimas del pueblo colombiano, continúa el SGSSS de mercado por decisión del Ministerio y las aseguradoras, que impiden dar fin al modelo mercantilista, individualista, fragmentado, segmentado, corrupto, discriminatorio e indolente ante el sufrimiento de la población, especialmente de los más pobres. Por el contrario, si el Gobierno tuviera voluntad política y compromiso social, se esperaría que la Ley Estatutaria en Salud propiciara la gesta de un nuevo sistema integral de salud, blindado de los corruptos, intermediarios y políticos que explotan los recursos con fines diferentes al que fueron asignados [54].

Hace más de dos décadas que la OMS y la OPS propusieron el abordaje de los *determinantes sociales de la salud*, definiéndolos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, situaciones que son resultados de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por los Gobiernos [55], a pesar de que este enfoque no es nuevo, puesto que desde el siglo XIX se observó la relación de las condiciones de vida de la población y su estado de salud, evidenciándose que las enfermedades estaban asociadas con las limitaciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres [56].

Por su parte, la OMS lo expresa así: “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los

bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible [...]” [57, p. 336].

Desde la perspectiva del derecho fundamental, se reconoce que no es viable el goce efectivo de este si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para gozar de bienestar y de buena salud. La obligación de generar estas es principalmente del Estado, que debe disponer de los recursos con la finalidad de asegurar este derecho, incluyendo al sector privado, el cual tiene responsabilidades en la producción de los determinantes sociales [58].

Contribución para la formulación de un nuevo sistema de salud

Con base a las reflexiones antes expuestas, el entorno del sistema de salud tendrá que disponer de los elementos que lleven al entendimiento de todos los colombianos hacia un sistema y enfoque más amplio de salud. No se puede avanzar en la construcción del sistema si no se parte de la dignidad de la vida en su conjunto. Entonces, los responsables de garantizar el derecho fundamental a la salud tendrán la obligación moral de aplicar los principios constitucionales y legales, derivados del respeto a la vida en todas sus formas, considerando el derecho de todos a vivir en una sociedad justa, equitativa y un ambiente sano que asegure la convivencia y conduzca a la sociedad a descubrir de manera consciente los valores que dignifiquen la vida en su entorno social y natural.

Como se ha comentado, el modelo del sgsss basado en la Ley 100 llegó al final de su vida útil, con grandes fracasos y el deterioro de la salud pública; por tanto, es imprescindible crear un nuevo sistema, centrado en la obtención de resultados en salud que impacten a la población, garantice el derecho a la salud [59], cambie de paradigma y recoja las palabras de Hiroshi Nakajima, exdirector de la OMS, quien asegura que “la salud es producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica” [60]. Este nuevo sistema debe permitir trascender de la enfermedad al bienestar, como un fenómeno integral, de responsabilidad del Estado y la sociedad, como consecuencia del reconocimiento, la protección, el respeto y la realización de los DD. HH. Esto implica la orientación de las políticas, los proyectos y los programas de salud y desarrollo y los recursos a la consecución de una mayor satisfacción de las necesidades de la población [61].

En este contexto, para contribuir a crear un nuevo sistema de salud, estructuralmente diferente al actual, es necesario que el Gobierno y la sociedad en su conjunto se comprometan con la salud de la población, y propendan por la construcción de un sistema basado en los principios constitucionales y legales del derecho fun-

damental a la salud, que incluya las diferentes regiones, las zonas dispersas y de fronteras, la Colombia real.

Desde mi visión, algunos elementos para tomar en cuenta en el debate del futuro sistema de salud deben ser: la materialización del derecho a la salud, asumir los retos de las conferencias de promoción de la salud, la gobernanza sanitaria, la participación social y la intersectorialidad.

La materialización del derecho a la salud. Por tratarse de un derecho fundamental, autónomo y, además, de un servicio público a cargo del Estado, asume este una posición de garante, y el desconocimiento trae consigo consecuencias y sanciones; por tanto, para la materialización del derecho a la salud, el Estado debe utilizar los marcos jurídicos, los mecanismos políticos, los recursos económicos y la intervención de la sociedad, como lo menciona la Ley 1751 [39].

Es imperativo enfrentar los determinantes sociales para eliminar las inequidades injustas y evitables, y que influyen de manera negativa en la salud y en la calidad de vida, siendo estas resultados de la escasa inversión estatal en vivienda digna, en cobertura de educación con calidad, en el alto costo de los alimentos y su contaminación, en el trabajo informal de los pobres y los ingresos mínimos de la mayor parte de los trabajadores formales, en los altos costos de los servicios médicos, en la baja cobertura de los servicios de salud, en la carencia de agua potable y en un ambiente deteriorado para la mayoría de los colombianos [62,63].

Si bien los anteriores son problemas que atañen a diferentes sectores en los que se divide el Gobierno, las necesidades de la población no se dividen de la misma manera. De allí la premura por avanzar en mecanismos claros y precisos, estableciendo acuerdos entre los sectores, que sean realizables, medibles y evaluables, y cuya cualidad sea la integralidad en las acciones para mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de las personas. En su intervención, deben estar presentes las autoridades nacionales, departamentales y municipales, garantizando el bienestar y consolidando políticas públicas integrales de salud y de desarrollo.

Es obligación del Estado y del Gobierno, en sus diferentes niveles, así como del sector privado y de la sociedad en general, abordar los complejos problemas de salud y de bienestar, en atención a lo cual se deben trascender las fronteras del sector salud, realizando acuerdos fundamentales, plasmados en políticas públicas saludables e integradoras entre el Gobierno, los sectores, las empresas e instituciones, que vayan más allá de conceptualizaciones y discursos, de compromisos y metas incumplidas, y se garantice la materialización del derecho a la salud, mediante un trabajo conjunto en una relación integrada, consciente e interactiva [64], que incluya la participación social y la intersectorialidad como elementos clave de la transformación del sistema de salud.

El nuevo sistema de salud debe cimentarse en la *dignidad humana* como máxima expresión del cumplimiento de los DD. HH., con principios de equidad, universalidad, integralidad y respeto por las diferencias. Además, debe financiarse por impuestos, y ser complementado con los aportes de los empleados y empleadores, constituyendo un fondo único para cubrir las necesidades en salud. Se debe suprimir totalmente la intermediación y la segmentación de la población por capacidad de pago y tipos de afiliación, con el pleno conocimiento de las condiciones de calidad de vida de la población.

Asumir los retos de las conferencias de promoción de la salud. Es inexcusable, en el nuevo sistema de salud, no retomar los enfoques desarrollados en las conferencias de promoción de la salud, desde la carta de Ottawa (1986) [26], hasta la conferencia de Helsinki (2013) [65], que han suscitado un campo de actuación fundamentado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, la reorientación de los servicios de salud, el refuerzo de la acción comunitaria y la intersectorialidad.

Según la Carta de Ottawa [26], se insiste en la *reorientación los servicios de salud*; por tanto, el nuevo sistema de salud debe fortalecer los niveles de atención, formalizar la red de servicios de salud, establecer los modelos de atención según las condiciones de salud de la población y sus características geográficas, sin la excusa de que la población dispersa, por serlo, no tiene acceso a la salud. Los niveles de atención deben fortalecerse principalmente en los municipios de menor desarrollo, para no congestionar los centros, y definir la red adecuada para los procesos de remisión y contrarreferencia. Es preciso racionalizar la oferta de los servicios de alta complejidad, para que obedezcan a las necesidades de la población y no a las ganancias del sector privado.

La gobernanza sanitaria. El nuevo sistema de salud debe propender por una gobernanza sanitaria, tipificada por la participación social y la coordinación de actores nacionales y locales, por la toma de decisiones clara y precisa, sopesando las consecuencias en el presente y el futuro de la salud de la población. Además, debe implementar políticas públicas de manera negociada, no impuestas, y mediante una rectoría comprometida y visionaria para garantizar el derecho a la salud, con efectos como la transparencia, la participación, la rendición de cuentas, la integridad y la capacidad política para direccionar la salud en el país [64, 66].

La importancia de los aspectos señalados radica en que la transparencia en las decisiones tomadas y en sus resultados legitimará las decisiones públicas y coadyvará a la confianza de los ciudadanos.

La participación social permitirá a la población expresar sus necesidades, compartir el conocimiento sobre las situaciones e involucrarse de forma activa.

A su vez, con la rendición de cuentas puede informar y explicar a los diferentes actores las decisiones tomadas y sus resultados.

Por otro lado, la integridad se refiere a las dimensiones éticas, relacionadas con la toma de decisiones y el respeto por las normas, buscando la beneficencia y el no daño, la lucha abierta contra la corrupción, y que las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado y sus instituciones asuman una posición clara y transparente frente a la salud.

Por último, está el valor de la capacidad política, reflejada en la autoridad sanitaria y el Gobierno para transformar los problemas en políticas bien definidas, viables y diseñadas coherentemente, en consonancia con los objetivos del sistema de salud y los recursos [65].

La participación social. Es este un eje fundamental del sistema de salud, enmarcada en la Constitución Política, la Política de Participación, emitida por la Resolución 2063 de 2017 [67], y la Ley Estatutaria en Salud —Ley 1751 de 2015— [39], que pretenden que la ciudadanía, las familias y las comunidades incidan en las decisiones públicas que les atañe, con el fin de legitimar las políticas públicas y los proyectos integrales dirigidos a la población.

Para ello, se deben superar las fracturas y los problemas que impiden la efectiva intervención social en la gestión pública, aprovechando la capacidad de los actores sociales en los escenarios nacionales, regionales y locales [58,68,69].

La intersectorialidad. Esta se ha definido como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” [70, p. 1]. No hay gobernanza en salud si no hay participación social e intersectorialidad. Es de gran significado reconocer e implementar directrices ético-políticas y operativas para todos los actores e instancias, a fin de que la participación social en salud sea efectiva y duradera [68,69].

La gobernanza rescata el poder de la intersectorialidad como un mecanismo de toma de decisiones, coordinación, compromiso y colaboración, la cual ha tenido poco desarrollo por las contradicciones, las restricciones, las resistencias y los intereses propios de los sectores que prefieren dar respuestas parciales a problemas complejos. La intersectorialidad tiene un gran valor para los problemas complejos y las soluciones integrales, convirtiéndose en una herramienta política y técnica [68,69] que, mediante alianzas y compromisos, propendan por la integración de la política pública de salud, en todas las políticas públicas del desarrollo.

Conclusiones

La crisis del sgsss ha sido observable y verificable mediante diferentes investigaciones y artículos científicos, lo que ha permitido conocer los fracasos del sistema y las frustraciones de la población en general y de la más vulnerable en particular, ante la indolencia del Gobierno por dejar pasar el tiempo, sin apropiarse de los problemas de salud del país.

El derecho fundamental a la salud ha sido violado reiteradamente por actores del sgsss de todo tipo, en los ámbitos nacional, departamental y local. Se precisa la materialización del derecho fundamental en salud, aunque el plazo sea difuso. Para esto, existen los instrumentos constitucionales y legales que permiten avanzar hacia el goce efectivo de este derecho.

El nuevo sistema de salud debe partir de la dignidad humana como máxima expresión del cumplimiento de los DD. HH. Para ello, es imprescindible un compromiso del Gobierno y de la sociedad para la materialización del derecho fundamental a la salud, con un nuevo sistema de salud, basado en los principios constitucionales y legales, que incluyan la participación social, la intersectorialidad, la promoción de la salud, la financiación por impuestos y los aportes de los empleados-empleadores, sin intermediación, con una autoridad sanitaria fortalecida y presente en los diferentes niveles del Estado.

Otros aspectos para tener en cuenta en el nuevo sistema de salud sería realizar acuerdos fundamentales claros y precisos con todos los sectores del Gobierno central sobre las políticas públicas en salud y desarrollo, que favorezcan a toda la población, y de esta manera se optimicen los recursos, materializando el derecho fundamental a la salud. Asimismo, garantizar la contratación duradera y justa del talento humano en salud, asumir los compromisos de los organismos internacionales en salud, incluyendo los resultados de las conferencias de promoción de la salud. Finalmente, desarrollar prácticas en salud éticas, sistemáticas, planificadas y proactivas, con enfoques integrales e integradoras en cada territorio.

Declaración de fuente de financiación

No hubo fuente de financiación

Declaración de conflictos de intereses

No tengo conflictos de interés

Declaración de responsabilidad

Me responsabilizo por lo escrito en este ensayo.

Referencias

- Colombia, Congreso de la República. Ley 100, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Integral y se dicta otras disposiciones (1993 dic. 23).
- Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública* [internet]. 2000 [citado 2022 jul. 10]; 2(2):121-44. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
- Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma [internet]; 1987 [citado 2022 jul. 10]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17647>
- Restrepo J, Casas-Bustamante L, Espinal J. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Rev. Salud Pública*. 2018;20(6):670-6. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.78585>
- Agudelo C, Botero J, et al. Sistema de salud colombiano: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Gaviria A. Discurso del Ministro de Salud. Diez razones de optimismo sobre el sistema de salud en Colombia. 24o Foro Farmacéutico de la ANDI. Boletín de Prensa 085 [internet]; 2017 [citado 2022 jun. 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Diez-razones-de-optimismo-sobre-el-sistema-de-salud-en-Colombia.aspx>
- Colombia. Ministerio de Salud. ABC de la unificación de los planes de salud. Boletín de Prensa 186 [internet]; 2012 [citado 2022 jul. 1]. Disponible en: <https://minalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0002292, por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (2021 dic. 23).
- Colombia. Ministerio de Salud. Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %. Boletín de Prensa 373 [internet]; 2022 [citado 2022 jun. 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>
- Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2011 ene. 19).
- Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2002 [citado 2021 nov. 5]; 18(4):991-1001. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/esp/2002.v18n4/991-1001/es>
- Hernández J, Rodríguez D, Corrales J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1947-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Marín Y, Chávez B. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2014 [citado 2021 oct. 9]; 32(1):62-70. Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13241>
- Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2009 [citado 2021 nov. 21]; 27(2):121-30. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/259>

15. Tovar L, Arrivillaga M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2014;13(27):12-26. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>
16. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2002 [citado 2021 nov. 22]; 1(3):76-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54510306.pdf>
17. Rodríguez C, Molina G, Jiménez S. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Invest. Educ. Enferm* [internet]. 2010 [citado 2021 dic. 7]; 28(1): 92-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294012>
18. Molina G, Vargas J, Muñoz I, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2010 [citado 2021 oct. 9]; 9(18):103-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519734010>
19. Contreras N. Fundamentos de un nuevo sistema de salud. *Revista Sur* [internet]. 2018 [citado 2021 oct. 25]. Disponible en: <http://www.sur.org.co/fundamentos-de-un-nuevo-sistema-de-salud/>
20. Robledo J. Derogar la Ley 100 para sacar a las EPS, que parasitan con la salud de los colombianos. Intervención del senador en el debate de la salud, plenaria del Senado [internet]. 3 de mayo de 2011 [Video]. [citado 2021 oct. 25]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=7015yDEVrFE>
21. Rodríguez J. Algunas causas de la crisis financiera en el sistema de salud en Colombia en el 2009. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Econógrafos [internet]; 2012 [citado 2021 oct. 25]. Disponible en: <http://fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/documentos/econografos/EE/econografos-EE-30.pdf>
22. Gañan J. Los muertos de la Ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, una razón de su ineficiencia caso del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo (POSC) [tesis doctoral]. [Bogotá: Universidad Externado de Colombia [internet]; 2010 [citado 2022 ago. 27]. Disponible en: <https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/7326ab5a-b2ee-405a-bc6a-e1b9abd9c7c0>
23. Rodríguez D. Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* [internet]. 2013 [citado 2021 oct. 9]; 5(1):75-92. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/18049>
24. Fontalvo D, Gómez D, Gómez. Análisis de la política para el control de la tuberculosis en Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [internet]. 2014 [citado 2021 sep. 22]; 31(4):775-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000400025&script=sci_abstract&tlng=en
25. Ahumada C. La penuria de la salud pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2000 [citado 2021 sep. 22]; 1(3):47-56. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2882>
26. Carta Ottawa de 1986. *Salud Pública Educ Salud* [internet]. 2001 [citado 2022 ene. 25]; 1(1):19-22. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
27. Colombia, Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998-1999. Santafé de Bogotá (1999 jul.).
28. Franco S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [internet]. 2003 [citado 2022 oct. 21]; 2(4): 58-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54520406.pdf>
29. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Informe final de asesoría a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá; 1998.
30. Eslava J. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2002 [citado 2021 oct. 7]; 1(2):41-44 Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2900>
31. Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2008 [citado 2022 ene. 9]; 7(14):177-86. Disponible en <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2686>
32. García C. El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica* [internet]. 2007 [citado nov. 8 de 2021]; 6(1):143-54. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100014
33. Patiño J. El hospital, una institución social única. *Rev Colomb Cir* [internet]. 2006 [citado 2022 ene. 23]; 21(4):204-7. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1162>
34. Villar L. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Escuela de Medicina Universidad Industrial de Santander* [internet]; 2006 [citado 2021 nov. 9]. Disponible en: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>
35. Patiño J. El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes. *Rev Colomb Cir* [internet]. 2013 [citado 2021 nov. 5]; 28(4):259-61. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/346>
36. Peñaloza R. Economía política de la emergencia social: las negociaciones políticas de los decretos. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2010 [citado 2021 nov. 5]; 9(18, Suppl.):61-69. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2647>
37. Mossos Jiménez MA, Mora Lemu G. Movimientos sociales subalternos: análisis crítico del discurso del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Bogotá. *Controversia* [internet]; (204):47-75. [Consultado 2022 oct. 21]. Disponible en: <https://revistacontroversia.com/index.php/controversia/article/view/184>
38. Colombia, Congreso de la República. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2007 ene. 9).
39. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS: principios. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución [internet]; s. f. [citado 2021 ago. 30]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
41. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [internet]; 1948 [citada 2022 oct. 21] Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
42. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado (PIDESC) y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), Artículo 12

- [internet]; 16 de diciembre de 1966 [citado 2021 may. 21]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>
43. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de Naciones Unidas [internet]; 2015. [citado 2022 feb. 9]. Disponible en: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/estandares_internacionales_sobre_derecho_a_la_salud_en_la_onu.pdf
 44. Colombia, Corte Constitucional. T-860. Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Eduardo Montealegre [internet]; 2003 [citado 2021 sep. 2]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-860-03.htm>
 45. Colombia, Corte Constitucional. T-016. Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Humberto Antonio Sierra [internet]; 2007 [citado 2022 abr. 4]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
 46. Colombia, Corte Constitucional. T-760. Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Manuel José Cepeda [internet]; 2008 [citado 2021 may. 15]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
 47. Colombia, Corte Constitucional. T-121. Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Luis Guillermo Guerrero [internet]; 2015 [citado 2021 jun. 15]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm>
 48. Colombia, Corte Constitucional. T-261/17. Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Alberto Rojas Ríos [internet]; 2017 [citado 2022 jul. 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-261-17.htm>
 49. Colombia, Corte Constitucional. T-012/20, Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. M. P. Diana Fajardo Rivera [internet]; 2017 [citado 2022 jul. 8]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-012-20.htm>
 50. Gañán J. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Monitor Estratégico [internet]. 2013 [citado 2021 abr. 4]; (3):7-19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
 51. Torres M. Reseña. Acción de tutela en salud: piedra en el zapato en la consolidación de las reformas de mercado. Rev. Gerenc. Polit. Salud [internet]. 2014 [citado 2021 abr. 4]; 13(27):363-9. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/25304>
 52. De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos, Democracia y Desarrollo [internet]; 2000 [citado 2022 feb. 6]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/es/title/salud-esta-grave-una-vision-desde-los-derechos-humanos/oclc/45772648>
 53. Guerra D, Cardona A, Gómez B, et al. Experiencias y lecciones de un Observatorio de Salud en Colombia. Medellín: Personería de Medellín, Universidad de Antioquia; La Carreta Editores [internet]; 2011 [citado 2022 sep. 27]. Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/d4c58f79-6c90-4ca0-8b03-dcd0f2608a84/Experiencia%2BObservatorio.pdf?MOD=AJPERES>
 54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [internet]; 2008 [citado 2022 ene. 18]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
 55. Álvarez L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud [internet]. 2009 [citado 2022 feb. 18]; 8(17):69-79 Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
 56. López O, Escudero J, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social [internet]. 2008 [citado 2022 ene. 22]; 3(4):323-335. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
 57. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Adelaide. Segunda Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 1988.
 58. Cunill Grau N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Ponencia X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública, Santiago, Chile [internet]. 18-21 oct. 2005 [citado 2021 sep. 28]. Disponible en: https://issuu.com/wendyrb30/docs/la_intersectorialidad_en_el_gobiern
 59. Matamoros M, Holguín W. Implementación de servicios públicos para la ciudadanía: la importancia de la intersectorialidad en el territorio para generar micro-planificación. Ponencia XIX Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública, Quito, Ecuador. 11-14 nov. 2014.
 60. Castell P. La intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. La Habana: ENSAP; 2003.
 61. Castell P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev. Cubana Salud Pública [internet]. 2007 [citado 2021 oct. 4]; 33(2):1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009
 62. Organización Mundial de la Salud (OMS). La función de la OMS en la gobernanza de la acción sanitaria mundial. Informe de la directora general. Consejo Ejecutivo 132.a reunión [internet]; 2013 [citado 2021 ago. 19]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/82788>
 63. Observatorio de Biopolítica. Conferencias mundiales de promoción de la salud. [internet]; 2017 [citado 2021 ago. 19]. Disponible en: <https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/>
 64. Santoro V. La salud pública como problema de gobierno. Análisis de los problemas sociales de la salud bajo el modelo de gobernanza. [Tesis doctoral], <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/325153/vs11de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [citado 2022 oct. 21] Disponible en: <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/325153/vs11de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia. La declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas [internet]. 10 al 14 junio 2013. [citado 2022 sep. 28]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
 66. Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Rev. Salud Pública [internet]. 2010;12(Sup.1)39-61. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700004>
 67. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063, por medio de la cual se adopta la política de participación social en salud (2017 jun. 9).
 68. Castell P. La intersectorialidad, una tecnología que despegó con fuerza. Rev. Cubana Salud Pública [internet]. 2010 [citado 2022 feb. 13]; 36(2):101-2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416135001>
 69. Cunill-Grau, N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Rev. Gest. Polít.

Pública [internet]. 2014 [citado 2022 feb. 24]; 23(1):5-46. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001

70. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento conceptual: Intersectorialidad. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. [Consultada Octubre 21 de 2022] disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
