

Balance del gobierno de Uribe en el tema de salud

OCHO AÑOS DE INSEGURIDAD SOCIAL EN SALUD*

Por Mauricio Torres T. M.D.

*Miembro del Consejo Consultivo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES
y miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia*

En salud, los dos cuatrienios uribistas se cierran con “broche de oro”. En este doble periodo presidencial, cada decisión se tomó en pro de consolidar el modelo de mercado y fortalecer la acumulación de capital en el sector. No es casual que el gobierno de Uribe cierre con baja popularidad en la calidad y cubrimiento de la salud, resultado generado por la venta de la red pública hospitalaria, la multiplicación del “paseo de la muerte”, la incertidumbre que generaron las medidas tomadas a la luz de la emergencia social, su declaratoria de inexequibilidad y el proyecto de ley que presentó para subsanar esta derrota política a su gobierno y los intereses de las aseguradoras (EPS).

Las promesas: para incumplir

Las promesas de Uribe para su primer período se relacionaron con aumento en subsidios en salud para los pobres; seguridad social y póliza para los taxistas; prestación del régimen subsidiado de salud por entidades sin ánimo de lucro, integradas por cooperativas, empresas solidarias, cajas de compensación y hospitales; garantía de tarifas equitativas para médicos y profesionales afines; aval para que el usuario escoja prestadora de servicios y médico; desarrollo de programas de quejas y reclamos de usuarios y pacientes de salud; extensión de la Superintendencia del ramo; evasión en los pagos a salud para aumentar cobertura mediante el cruce de información y mejoramiento de la sistematización; y salvar al Seguro Social como opción pública esencial en el esquema de las EPS.

Para la campaña presidencial de 2006 se planteó seguridad social para taxistas, artistas, deportistas, que ha empezado pero debe llegar a plena cobertura para los estratos, 1, 2 y 3. De otro lado, en la propuesta estratégica del gobierno, conocida como Visión Colombia II Centenario: 2019, se propuso como metas en el tema de salud las de cobertura universal, reducción de la mortalidad materno-infantil y de las enfermedades transmisibles, y mejora de la salud sexual reproductiva.

Como se ve, las promesas de Uribe se concentraron en 1) alcanzar cobertura universal de aseguramiento a partir de incorporar grupos laborales excluidos (como los taxistas) y aumentar el número de subsidios para la población más pobre; 2) fortalecer los procesos de vigilancia y control, para evitar la evasión y mejorar la eficiencia del sistema de salud; 3) garantías a los profesionales del sector a través de tarifas justas, como oportunidad a los usuarios para escoger; y 4) enfrentar la de mortalidad en las modalidades ya referidas.

Medidas impulsadas: consolidación del modelo de mercado en salud

Los años de Uribe permitieron tomar un conjunto de medidas institucionales, financieras y de ajuste a la ley, que, más que avanzar en los compromisos del gobierno, sirvieron para consolidar el modelo de mercado en salud instaurado mediante la Ley 100 de 1993.

Medidas sobre la institucional de salud: lo público en función de lo privado

Este gobierno tomó medidas en aspectos institucionales, sobre todo en tres ámbitos: desaparición del Ministerio de Salud, reestructuración y liquidación de hospitales públicos, y liquidación del Instituto de los Seguros Sociales (ISS). Una de sus primeras medidas fue una reestructuración

administrativa concretada en la Ley 790 de 2002, en que se fusionaron varios ministerios e instituciones, entre ellos el Ministerio de Salud con el de Trabajo y Seguridad Social, creando el Ministerio de la Protección Social.

La nueva institucionalidad ministerial mostró pronto que su foco de atención estaría en sostener financieramente el sistema de salud. Los temas centrales que abordaban los dos ministerios por separado –como eran: seguimiento y la resolución de los conflictos laborales; inspección, vigilancia y control de los centros y lugares de trabajo; promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y desarrollo de programas de salud pública– fueron temas al margen y que desperfilaron la razón de ser de los dos ministerios.

La incorporación del enfoque promovido por el Banco Mundial del Manejo Social del Riesgo en el Ministerio de la Protección Social consolidó a éste en función de los intereses de mercado del sistema de aseguramiento y la atención de la enfermedad, dado que el enfoque establece la responsabilidad central de proteger la salud del individuo y su familia, y no al Estado, para lo cual ya no se requiere una cartera que atienda los problemas de salud de la gente sino empresas dispuestas a vender sus servicios a clientes que deben conseguir con qué pagar la atención. Sólo queda un pequeño grupo de la población, la más excluida y marginada, incorporada a este mercado vía subsidios en salud (política de focalización).

En esta vía, las instituciones públicas y privadas de atención en salud deben ser autosostenibles y rentables. Para ello, el gobierno profundizó la reestructuración y la liquidación, o “modernización”, de los Hospitales Públicos, eufemismo que no es otra cosa que la reestructuración y la liquidación de los hospitales públicos, en que el dinero se utiliza sobre todo para liquidar las plantas de personal. Pero tal proceso permite que de un día para otro simplemente se cambie la razón social de un hospital, se envíe a la calle a cientos de trabajadores, se contraten a éstos u otros pero en condiciones laborales muy flexibilizadas a través de cooperativas de trabajo, sin cambios de fondo en los procesos administrativos y de gestión de los servicios. Durante el gobierno de Uribe, 230 hospitales del país entraron en este proceso de reestructuración, lo que comprometió más de 250 millones de dólares para costear la supresión de cargos y la financiación parcial de sus pasivos prioritarios.

Por último, en este aspecto institucional hay que mencionar la promesa de que “necesitamos salvar al Seguro Social porque la opción pública es esencial en el esquema de empresas promotoras de salud”, rotundamente incumplida y producto de una estrategia clara y sistemática que concluyó con la liquidación de aquél en 2007.

Desde la expedición de la Ley 100 en 1993, el ISS quedó incorporado en un mercado del aseguramiento, y en este sentido inició una competencia con entidades privadas de seguridad social. La estrategia de marchitar el ISS en estos años dio pasos clave en la profundización del descrédito institucional, la separación de funciones de administración y prestación, y la quiebra de las instituciones prestadoras de servicios en que se fraccionó, lo cual funcionó perfectamente y permitió el cometido oficial de liquidarlo para que el sector privado se quedara con su mercado (1).

Una perla muestra el sentido de la direccionalidad en salud: la sanción que en marzo de 2010 le impuso la Superintendencia Nacional de Salud a Saludcoop, la EPS privada más grande del país, que le obligó a restituir la liquidez de su EPS por \$627 mil millones, al encontrar que los recursos girados a ésta, para atender el servicio de salud, se utilizaron en adquirir activos e infraestructura, y realizar otras operaciones. No de otro modo se explica que la red de clínicas de Saludcoop creciera tanto, o sea, que el patrimonio de tecnología e infraestructura de las EPS privadas creciera a expensas de los recursos públicos.

Entonces, al final de los ocho años se encuentra en el componente institucional de salud el fortalecimiento de lo privado a expensas de lo público. Se consolidó la institucionalidad de unas cuantas EPS privadas (Caprecom es la única EPS pública que sobrevive, pero fue tomada por el gobierno para uso clientelar) y de la red privada de servicios de salud, con la liquidación de la institución pública de seguridad social más importante del país y con un enorme debilitamiento de la red pública hospitalaria, cada vez más incapaz de sostenerse ante la intención de las EPS de contratar con su propia red de prestación de servicios (integración vertical), y con una ausencia de rectoría estatal porque el ministerio del sector se cooptó para ponerlo al servicio de los intereses privados de las EPS. Asimismo, dados tales cambios institucionales, la acentuó la tendencia a la flexibilización y la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud.

Medidas de carácter fiscal: más dinero para el sector privado

La más importante medida fiscal en salud que tomó Uribe fue la reforma a las transferencias a través del Acto Legislativo 04 de julio de 2007. El tema financiero en salud estuvo siempre bajo el argumento de que, de no inyectársele más dinero al Sistema General de Seguridad en Salud, éste colapsaría, dadas las altas demandas de los usuarios para recibir servicios más allá de lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En tal sentido, en 2007 se reformó la Ley 715 de 2002, que en su momento había reformado la Ley 60 de 1993, encargadas ambas de distribuir competencias y recursos a los entes territoriales.

La reforma a las transferencias disminuyó los recursos para salud y educación. La Ley 715 de 2002 y su reforma de 2007 disminuyeron los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) que debían recibir los hospitales y los municipios, encargados de la salud subsidiada y la salud pública. Se estima que en 2002-2010, por cuenta de la Ley 715, los departamentos y los municipios dejaron de recibir unos 12 billones de pesos para salud, mientras con la reforma de 2007 el efecto alcanzaría unos 54 billones entre 2007 y 2025 (2).

Las otras medidas gruesas de carácter fiscal en salud que buscó implementar el gobierno de Uribe, fue por la vía de los decretos de salud expedidos en enero de 2010 en el marco de la emergencia social.

La pretensión con estas medidas era inyectarle nuevos dineros al sistema de salud liberando recursos y creando nuevos impuestos (consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, cigarrillos, tabaco elaborado). A la vez, con disposiciones hacia el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, estableciendo normas sobre giros directos a los fondos de salud seccionales, y fijando pautas para comercializar y administrar las loterías, y un control específico a la ilegalidad y la fiscalización de estos juegos (3).

Frente a la declaración de inexequibilidad de la emergencia social en abril de 2010, por la Corte Constitucional, el gobierno de Uribe presentó un proyecto de ley para mantener las medidas tributarias que se propusieron en los decretos de salud dados en la emergencia. Estas medidas contrastan con los ostensibles recursos que mueve el sector salud reflejados en una inversión del 7,5 por ciento del PIB; un fondo financiero (Fosyga) de 6,5 billones a finales de 2009 (93,7% en títulos valores); un gasto público en salud en 2009 de 37 billones; y un patrimonio consolidado de las EPS privadas que sitúa a cinco de éstas entre las 100 empresas más grandes de Colombia.

En tal sentido, se puede decir que el gobierno uribista, de un lado, no posibilitó que los entes territoriales tuvieran más recursos para atender a la población subsidiada; a la vez, mantuvo las inversiones en salud, generando mayores flujos de capital, con las EPS privadas y el sector

financiero como principales beneficiados, perjudicando a los sectores de menor poder adquisitivo, en tanto que se aumentaron sus gastos de bolsillo en salud.

Medidas de ajuste a la Ley 100: se fortalece el mercado del aseguramiento

El Gobierno adelantó procesos de ajuste a la Ley 100, uno en la Ley 1122 de 2007 y dos fallidos: uno con la firma del TLC con Estados Unidos desde 2009 y el otro a comienzos de 2010 con los decretos de salud, en el marco de la emergencia social. Tras dos años de debate, en enero de 2007 se sancionó la Ley 1122, con modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellas el aumento de recursos para la cobertura total del Régimen Subsidiado sin cambiar el contenido del POS subsidiado, con base en aportes de trabajadores y pensionados y del presupuesto nacional; la propuesta de evaluación por resultados de todos los actores del sistema; la creación de la Comisión Reguladora de Salud (CRES) y la transformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en una instancia simplemente asesora.

La Ley 1122 no modificó el modelo de salud, pues mantuvo la intermediación financiera en el esquema de mercado de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda; y mantuvo hasta en un 30 por ciento la integración vertical de servicios en que las EPS contratan con su propia red de servicios, golpeando la sostenibilidad de la red pública hospitalaria. Además, esta ley profundizó la idea de que la salud pública es asunto de externalidades, manteniendo la separación con el aseguramiento dedicado a la atención individual de la enfermedad. Esto fue retomado en el Plan Nacional de Salud Pública, expedido con el Decreto 3039 de 2007, que fijó derroteros en un tema tan vital y debilitado desde comienzos de la Ley 100, para configurar planes territoriales de salud pública a partir de tener en cuenta los perfiles epidemiológicos específicos y fijar metas por resultados en salud, pero que tiene la debilidad de asumir un enfoque tradicional del riesgo sin afectar las determinaciones sociales, económicas, políticas y ambientales de la salud pública (4).

El gobierno de Uribe trabajó insistentemente por el establecimiento de un TLC con Estados Unidos. Este TLC como se conoce no ha sido firmado por el Congreso Norteamericano, pero se constituye en el campo de la salud en un ajuste de tuercas del modelo de Ley 100 en tanto profundizaría la privatización y el oligopolio por la vía de las multinacionales de los servicios de salud, del aseguramiento, de medicamentos y tecnología médica; lo que traería mayores costos en las compras estatales en salud (como medicamentos y otros bienes de tecnología médica comercializados por multinacionales); mayor dificultad para ejercer rectoría sanitaria, al poder ampararse las empresas internacionales de salud en cláusulas de negociación, y debilitamiento y posible desaparición de la industria nacional farmacéutica por la vía de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos (5).

Al cierre del gobierno Uribe se expidió, sin consulta con el grueso de la sociedad, un grupo de decretos de salud en el marco de la emergencia social, buscando modificar el sistema de salud a través de dos aspectos adicionales al que ya se mencionó de los de orden fiscal: 1) ajustar el contenido del POS, dejándolo básicamente en servicios de salud de baja complejidad; el pago de servicios NO POS directamente por la gente, y sólo aquellos a los que se les demostrara su incapacidad de pago serían cubiertos con un fondo, y control a lo que formularan los médicos y odontólogos a través de multas a quienes recetasen más allá del POS; y 2) en relación a aspectos administrativos de contratación y pagos, en que les brindarían mecanismos de presión a las ESE sobre las EPS para pagos oportunos, se definía que las EPS contratarían hasta el 60 por ciento del régimen subsidiado con las ESE, se retornarían los recursos de promoción y prevención a las EPS, ratificando el elemento flexibilización de la contratación laboral en el sistema.

Como se aprecia, las medidas para transformar la Ley 100, dadas con Uribe, que se planteaban para resolver problemas identificados en el sistema de salud, no solucionaron otros, más importantes, como la falta de acceso universal a los servicios; las inequidades, la mala calidad, la inadecuada oportunidad y no integralidad de la atención, la tramitomanía y las gestiones judiciales a que se ve sometida la gente, y la débil participación ciudadana en la construcción, la ejecución y el seguimiento de la política de salud. Por tanto, se puede decir que los cambios y ajustes normativos y las iniciativas comerciales en salud hechos en los períodos de Uribe fueron en el mismo camino de la Ley 100, con la intención de profundizar el modelo de aseguramiento privado de los servicios de salud, y no para atender las necesidades reales de la gente y superar desigualdades e inequidades.

Balance: bueno el negocio, mala la salud

A la hora de los balances del sistema de salud que hace el gobierno, los indicadores se concentran sobre todo en aspectos institucionales y financieros de la cobertura de aseguramiento. El indicador estrella, exhibido internacionalmente en los ocho años de Uribe, es el de coberturas de aseguramiento, para hablar de los grandes 'éxitos' del modelo de salud colombiano, que se recomienda replicar en otros países (6).

Total de afiliados al régimen contributivo y subsidiado (diciembre de 2008)

Régimen	Personas afiliadas	% población afiliada
Contributivo	17.234.265	38,77
Subsidiado	22.485.211	50,59
Población cubierta	39.719.476	89,36
Población no cubierta	4.730.784	10,64

Fuente: Con base en el Informe al Congreso de la República 2008-2009. Ministerio de la Protección Social.

Como se observa, a finales de 2008 se llegó a una cobertura de aseguramiento de casi el 90 por ciento de la población, sin lugar a dudas una cobertura óptima, pero que, de un lado, evidencia la incapacidad del modelo de la Ley 100 y el incumplimiento del gobierno Uribe para alcanzar la cobertura universal, en tanto el 10 por ciento de la población (4,7 millones personas) no está asegurada; y, del otro, se trata de un indicador que es necesario contrastar con el de acceso real a los servicios de salud, del cual el Gobierno no habla mucho, pues no es lo mismo estar asegurado que acceder realmente a los servicios de salud.

El panorama de la salud pública en el gobierno Uribe mostró cierta mejoría en indicadores tradicionales como los de las mortalidades infantil y materna, pero persisten inequidades sanitarias por condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales, de género y étnicas.

El Plan Nacional de Salud Pública reconoce explícitamente un aumento en la tendencia de la infección por VIH, el dengue y la leishmaniasis; ubica las principales causas de morbi-mortalidad en las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en los problemas cardiovasculares, los derivados de la violencia y el cáncer. También reconoce la prevalencia de trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, y el incremento de la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años.

Algunos indicadores hablan de debilidad en el componente de salud pública, uno de estos es el de mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna estimada en Colombia en 2005 fue de 75 muertes por 100.000 nacidos vivos (nv), con diferencias significativas por región, zona de

procedencia, edades, niveles de escolaridad y condiciones como el desplazamiento, legando a 250 muertes en Chocó; con 90 por ciento de muertes por causas evitables, tales como hipertensión ligada a la gestación, hemorragia posparto y aborto. Estas tasas muestran la dimensión del problema al comparárseles con las de México, de 55; Cuba, de 46,5; Argentina 43,7 y Chile 18,2 por 100.000 nacidos vivos (7).

Mortalidad materna en Colombia (tasa por 100.000 nacido vivos)

1990	1993	2002	2003	2004	2005
87	79	84	77,8	79	73,1

Fuente: Organización panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos de Salud 2007.

Al comparar las tasas por años, se observa que ni el modelo de la Ley 100 ni el gobierno Uribe han sido contundentes con la disminución franca de la mortalidad materna en Colombia. Igualmente, en 2002-2010 se sostiene la tendencia instalada desde la Ley 100, de aumento de enfermedades prevenibles, asociadas con una disminución en las tasas de vacunación y la clausura de programas de prevención y de salud pública, como en los casos de rabia humana, fiebre amarilla, dengue clásico y hemorrágico, malaria y tuberculosis (8).

La situación de salud en este período se ve reflejada en la violación sistemática a la garantía del derecho a la salud, evidenciada en los estudios sobre las acciones de tutela en salud hechos por la Defensoría del Pueblo.

Tutelas en Colombia 2002-2008

Tutelas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
En salud	42.734	51.944	72.033	81.017	96.229	107.238	142.957
Totales	143.887	149.439	198.125	224.270	256.166	283.637	344.468

Fuente: Defensoría del Pueblo. Programa de Salud. La tutela y el derecho a la salud. Período 199-2003; 2003-2005; Período 2006-2008. Bogotá.

Como se ve en el cuadro, el uso de la tutela es ascendente, con la cifra récord de 142.957 en 2008. Un elemento clave que reveló el estudio de tutela de la Defensoría: en promedio, en los últimos años, el 54 por ciento de las tutelas reclama por el POS, o sea, aspectos de salud financiados. Al mirar en detalle algunos temas –por ejemplo, reclamaciones en cirugías–, corresponden al 74,8 de los procedimientos POS, exámenes paraclínicos el 62,6 y citas médicas el 76,7. Sólo en medicamentos baja a 23,5, y en prótesis y órtesis a 48,2 (9).

El reconocimiento de la violación sistemática se corrobora con dos expresiones institucionales de 2008: uno de la Procuraduría General de la República (10) y otro por la Corte Constitucional (11). De un lado, la Procuraduría General hizo un llamado a la declaratoria del estado inconstitucional de cosas en materia de salud, no sólo por los graves problemas en cuanto a acceso, inequidad y calidad que ocasiona el sistema de salud sino además por las limitaciones de la tutela para enfrentar esos problemas; del otro, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional reconoció la tutelitis en salud como expresión de la negación del derecho, por lo cual declaró a la salud como derecho humano de carácter fundamental y demandó del Gobierno el ajuste del sistema para resolver estos problemas, entre otros asuntos que a enero de 2010 toda la población estuviese asegurada y con una igualación de los POS, lo que a la fecha no se ha cumplido (12).

Entonces, al revisar los aspectos de la situación en salud es evidente que la tendencia del gobierno Uribe no fue precisamente mejorar la garantía del derecho a la salud ni las condiciones de salud pública de la población. La profundización del modelo de mercado fue constante y derrotero en el Gobierno, lo que le llevó a incumplir sus promesas centrales, referidas a cobertura universal del aseguramiento, mejoramiento de las condiciones y preservación de la institucionalidad pública en seguridad social en salud. Se ratifica con este período de gobierno que los sistemas de aseguramiento hacen énfasis en los asuntos costo-efectivos y de ganancia, que relegan la prioridad por el bienestar y la salud de las poblaciones, y transforman los hospitales en instituciones con fines de lucro, con generación de barreras de acceso que deterioran la calidad de la atención.

Luchas sociales y propuestas alternativas: hacia un nuevo modelo de salud

Los ocho años de Uribe no fueron sólo de avance en la privatización de la salud; también un período de movilizaciones, luchas y resistencia de la gente por lograr la garantía del derecho a la salud; e igualmente un período en que gobiernos locales de corte progresista, como en el caso de Bogotá, desarrollaron propuestas de política pública alternativa en salud, buscando concretar la responsabilidad estatal en la garantía del derecho a la salud (13).

Los dos cuatrienios de Uribe se cierran con una derrota política en salud, como se refleja en la declaratoria de inexequibilidad de la emergencia social; con un ascenso importante en la movilización social por el derecho a la salud, y una voluntad de muchos sectores y actores sociales por conformar un nuevo modelo, que sea garante de este derecho para todos. Además, queda planteada la lucha para los próximos períodos presidenciales por configurar la fuerza social y política necesaria que permita construir, instalar y consolidar un modelo de salud público, universal, gratuito, equitativo y altamente participativo (14).

Referencias:

* Como parte del ejercicio impulsado por el periódico *desde abajo* de un informe especial sobre los 8 años de gobierno uribista publicado en las ediciones 156 y 157. www.desdeabajo.info

- 1 Torres, Mauricio. “Crónica de una muerte anunciada: Instituto de Seguros Sociales”. *Periódico desde abajo*. Edición 116, septiembre de 2006.
- 2 Rodríguez, Óscar. “Golpes para los usuarios de salud”. *Observatorio de Protección Social. Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Universidad Nacional de Colombia*, enero de 2010. www.cid.unal.edu.co.
- 3 Torres, Mauricio. “Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud”. *Le Monde diplomatique*, edición Colombia, N 86, febrero de 2010.
- 4 Torres, Mauricio. “Plan Nacional de Salud Pública, ¿respuesta a situación de la salud?” *UN Periódico*. Edición 107, Bogotá, 2007.
- 5 Torres, Mauricio. “TLC. Estados Unidos-Colombia: La salud en la mira de las multinacionales”. *Periódico desde abajo*, Edición 96, noviembre de 2004.
- 6 Banco Interamericano de Desarrollo. “Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia”. *The Brookings Institution, Washington, D.C.*, 2010.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. “Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009”; y “Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia”. *Indicadores Básicos de Salud 2007*.
- 8 Torres, Mauricio. “Dengue epidemia a la vista. ¿Y de la salud de la gente, qué?” *Periódico desde abajo*, edición 155, marzo de 2010.
- 9 Defensoría del Pueblo. “Programa de Salud. La tutela y el derecho a la salud. Período 2006-2008”. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2009.
- 10 Procuraduría General de la Nación. *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*. Bogotá, 2008.

- 11 *República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.*
- 12 *Camila Gianella-Malca, Óscar Parra-Vera, Alicia Ely Yamin y Mauricio Torres-Tovar, “¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008”. Health and Human Rights: An International Journal 11/1 (2009), perspectivas.*
- 13 *Hernández M., Forero L., Torres M. Avances en salud del gobierno democrático de la Alcaldía de Bogotá. En: Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). 2005.*
- 14 *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Colombia: Por una salud con principios. Desde Abajo, Edición 155. Marzo de 2010.*