

Políticas sanitarias en América Latina y el Caribe, un problema político en escenarios de Pandemia

Health policies in Latin America and the Caribbean, a political problem in Pandemic scenarios

Jesús A. Ortega-Bolaños y Juliana V. Rincón-López

Recibido 15 julio 2021 / Enviado para modificación 22 de agosto 2021 / Aceptado 27 noviembre 2021

RESUMEN

Reflexionar sobre los efectos evidentes en la mayoría de sistemas de salud que tenemos en América Latina, a partir de las relaciones entre diferentes regímenes políticos de sus Estados y su incidencia en las políticas públicas sanitarias, inmersas y moduladas en escenarios de Mercado privado de seguros sanitarios, es una tarea urgente. Nos preguntamos ¿es posible modificar las políticas públicas sanitarias en estados democráticos o socialdemócratas de AL? Y si es posible incidir en este escenario estructural, afectarían positivamente el sector sanitario, ¿Como crear o reformular sistemas de salud considerados instituciones encargadas de operar la prestación y atención sanitaria?

Reconocer efectos de la pandemia en la dinámica de nuestros sistemas de salud nos muestra que debemos recomponer la estructura de pensamiento social de nuestros Estados para construir políticas sociales y políticas públicas sanitarias orientadas a fortalecer el derecho humano fundamental a la salud de forma sostenible, configurando la participación de la sociedad con incidencia política en la toma de decisiones justas que incrementará la intensidad de la acción pública de la gobernanza.

Palabras Claves: Política pública; política de salud; pandemias; América Latina (*fuentes: DeCS, BIREME*)

ABSTRACT

Reflect on the evident effects in the majority of health systems that we have in Latin America, based on the relationships between different political regimes in their States and their impact on public health policies, immersed and modulated in private health insurance market scenarios, it is an urgent task.

We ask ourselves, ¿is it possible to modify public health policies in democratic or social democratic states of LA? And if it is possible to influence this structural scenario, they would positively affect the health sector. ¿How to create or reformulate health systems considered institutions in charge of operating the provision and health care?

Recognizing the effects of the pandemic on the dynamics of our health systems shows us that we must rebuild the structure of social thought in our states to build social policies and public health policies aimed at strengthening the fundamental human right to health in a sustainable way, configuring the participation of society with political influence in making fair decisions that will increase the intensity of public action of governance.

Key Words: Public policy; health policy; pandemics; Latin America (*source: Mesh, NLM*)

En un mundo azotado por la pandemia de coronavirus, el escenario de discusión actual nos convoca a profundizar sobre los efectos que se pueden evidenciar en la mayoría de sistemas de salud que tenemos en América Latina (AL) a partir

JO: MD. Epidemiólogo. M. Sc. Salud Pública. Ph. D. Ciencias Sociales. Docente, Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. jesaortegab@unal.edu.co
JR: MD. Esp. Administración en Salud Pública. M.Sc. Epidemiología. Bogotá, Colombia. jrinconlo@unal.edu.co

de relaciones entre diferentes regímenes políticos de sus Estados y su incidencia en políticas públicas sanitarias, las cuales se encuentran inmersas y moduladas en escenarios de mercado de seguros sanitarios que caracterizan la mayoría de nuestros sistemas de salud. Esta dinámica provoca que los distintos tipos de sistemas de salud en América Latina, diseñados como sistemas nacionales de aseguramiento o mixtos, tengan un comportamiento diferencial frente a sus formas de ser direccionado, con modelos de prestación y atención que podrán favorecer o aumentar las barreras de acceso de la población, que requieren tener un escenario de resolución frente a sus necesidades sociales en Salud.

Con esta inquietud central nos preguntamos si ¿es posible modificar las políticas públicas sanitarias en estados democráticos o socialdemócratas de América Latina? Si es posible incidir en este escenario estructural, el sector sanitario se vería afectado positivamente con base en ¿cómo crear o reformular sistemas de salud considerados instituciones justas encargadas de operar prestación y atención sanitaria?

Si bien reconocemos bondades en algunos espacios de decisión relacionados con el mercado de seguros de salud, como sus límites de intervención y modulación del acceso y atención integral de los sistemas de salud de América del Sur, estamos de acuerdo en considerarlo un escenario al cual volveremos después de la pandemia! Y en esta puesta a vivir otra realidad distinta con dinámicas de salud alteradas por secuelas y efectos sanitarios, sociales y culturales que nos dejaría estas ondas epidémicas del COVID-19, seguiríamos realizando solo atenciones reparativas o podríamos comprometernos con un cambio en el enfoque de nuestros sistemas de salud hacia la Atención primaria para promover escenarios de mayor oportunidad preventiva que nos ubique con mayores posibilidades de mejorar nuestras condiciones de vida y salud para toda la población de América Latina (1).

Los actuales sistemas de salud latinoamericanos muestran un espectro diverso que va desde modelos que responden a retos de dinámica poblacional y transición epidemiológica, como la respuesta integral a infecciones emergentes como el COVID-19 o respuestas institucionales que recogen un acumulado de problemas administrativos y de operación, como la cobertura insuficiente, la pobre capacidad administrativa en escenarios de pocos recursos financieros y disminución de la capacidad de resolución a la problemática sanitaria. que aumenta costos de las atenciones con una deficiente administración del sistema, aumentando la insatisfacción de los usuarios a pesar de la expansión tecnológica (2).

Las tipologías de sistemas nos muestran que desde mediados del siglo xx se fueron desarrollando a partir de

la adopción de ideas centrales de modelos de protección social eurocéntricos: una serie de modelos sanitarios en los distintos países de América Latina, como el modelo público integrado en Cuba y Costa Rica, al igual que un modelo de contrato público en Brasil; mientras que modelos privados atomizados que se desarrollaron en Argentina y Uruguay nos mostraban características críticas de segregación y separación de sus poblaciones y de las estructuras de atención. De esta forma, se evidencia en el resto de países de América Latina un modelo que privilegia la segregación y la integración vertical.

Por tanto, es relevante tratar de entender las distintas políticas internacionales que han orientado los diferentes modelos de sistemas de salud que se han configurado y sus formas de operar, que permitan reconocer procesos de decisión al interior de sistemas sanitarios que afecten positivamente dimensiones fundamentales de la condición humana, como el sentimiento moral, el altruismo y la simpatía.

En los sistemas de salud orientados desde intereses privados, el sistema de precios se agota y evidencia una de las primeras limitaciones del mercado de seguros sanitarios, que es generar valores sustantivos para cada oferta de atenciones individuales, lo cual produce un problema técnicamente insoluble que, sin embargo, podría solucionarse con la simpatía: “Es mucho más fácil construir sociedad sobre la empatía y sentimientos egoístas que construir sobre un pensamiento altruista” (3).

A la pregunta de cómo crear instituciones justas al interior de los sistemas de salud en América Latina, más allá de la buena voluntad de las personas (algunas de las cuales prefieren el bien propio al colectivo), encontramos como respuesta “la mano invisible del mercado” de Smith, que pretendía solucionar problemas públicos de distribución y retribución económica, pero que en el mundo actual de la justicia sanitaria o de la educación en y para la salud requiere diseñar otros mecanismos distintos a los del mercado que permitan que todos seamos incluidos, sin importar si nos declaramos pobres o ricos para acceder a un servicio de salud o de educación.

Según González, “Colombia tiene un estado raquítico, pequeñísimo, triste; con altos niveles de pobreza e informalidad y con un ministerio de hacienda indolente” (3). En este sentido, el sistema tributario del país no genera recursos suficientes para responder a las necesidades sociales en salud de sus ciudadanos. Esta problemática también se observa en la mayoría de los países de América latina. Para solucionarla, se requiere de una “renta básica incondicional” suficiente, que afectaría positivamente los niveles de pobreza y vulnerabilidad a fin de atender a más de 7 millones de hogares vulnerables (4).

Después de los noventa, la gran mayoría de los estados democráticos de América Latina adoptaron un régimen

político que permitió la adopción de un escenario neoliberal de tipo económico y social que logró permear y transformar sistemas de salud nacionales a sistemas de salud basados en aseguramiento, considerados mixtos al compartir diversas características de modelos públicos y privados de protección social. Aquí se destaca nuestro sistema de salud colombiano, reconocido por su cercanía al pluralismo estructurado y por los subsidios a la oferta que, en su ejercicio de operación, adopta una administración regulada por el mercado y subsidios a la demanda de servicios sanitarios, operado y articulado con diferentes actores públicos y privados que, en su lógica de plusvalía, han transformado negativamente parte de la filosofía de un sistema de salud basado más en la eficiencia que en la equidad sanitaria.

Un gran capítulo de operación de nuestro sistema de salud está relacionado con la articulación como función novedosa, la cual fue planteada en el modelo de pluralismo estructurado (5), que permite articular componentes de financiamiento y prestación que, con diferentes lógicas y la participación activa del Ministerio de Salud y Protección Social (y otras instituciones alineadas por sus intereses como el Instituto de Investigación en Tecnologías en Salud —IETS—) logran un ejercicio de operación corporativa que privilegia la eficiencia en el manejo de tecnologías sanitarias de corte individual, en detrimento de un enfoque más preventivo y colectivo que podría mejorar las formas de atención y prestación del actual sistema.

En un sistema de salud (SGSS) donde la rectoría ha sido reemplazada por la modulación mediante una propuesta normativa de leyes y reglamentos, que muchas veces son inconstitucionales y chocan con los alcances de un ejercicio reglamentario orientado por el bien común (6), podemos reflexionar sobre la naturaleza del bien salud, sobre su valor intrínseco y su función instrumental. Su primer valor está relacionado con el bienestar; el segundo se comporta como un prerrequisito para la capacidad de agencia de seres humanos relacionada con el alcance de objetivos más profundos, como su calidad de vida, alejándose de su peso instrumental de recuperación de estados de salud con énfasis individual y sin interés en el bienestar de toda la sociedad.

En estos momentos de verdad de la atención sanitaria es donde nos interesa plantear aspectos éticos y morales que los diversos actores técnicos y políticos deberían respetar. En primera instancia, el manejo de información diferente entre el talento humano encargado de la atención y el usuario de los servicios de salud. Esto nos muestra aspectos relacionados con los intereses de prestadores encargados de realizar actividades al sujeto que consulta o demanda servicios sanitarios, donde la información sanitaria puede modular la demanda de servicios, así

como derivar a uso de tecnologías que posiblemente el paciente no requiera.

Otro aspecto que estaría en el escenario moral de la atención es la inducción a la demanda de los usuarios hacia tecnologías y servicios de mayor complejidad al requerido para una atención sanitaria suficiente por parte de los actores técnicos encargados de operar la estructura de prestación y atención sanitaria. En este sentido, manejar la información relativa a priorizar la efectividad de las tecnologías sanitarias pasa por la reflexión de garantizar la oportunidad de la atención, así como los distintos costos que generarían barreras de acceso económico y podrían profundizar el problema de la oportunidad y calidad de la atención sanitaria.

La pandemia de COVID-19 ha sido un llamado de alerta: ¿Cómo responder a las amenazas biológicas que se desarrollan en escenarios globales de riesgo y los consecuentes impactos en los ámbitos de la vida cotidiana de toda la sociedad latinoamericana?! Lograr disminuir el riesgo biológico de nuestras comunidades requiere de un enfoque integrador del riesgo en un escenario globalizado, con una relevancia de intervención frente al cambio climático, la salud animal, ambiental y humana, de forma que estos factores no pueden separarse.

Poder reducir riesgos y forjar resiliencia requiere considerar la formulación de políticas sanitarias que reconozcan como problemas políticos a todos los ámbitos de peligro con efectos en cascada, lo cual nos permitiría una participación activa de la sociedad como un actor político con incidencia que ayude a evaluar qué eslabón biológico o social desatado fue el causante de la diseminación de la pandemia en escenarios sociales concentrados de población que ven con incertidumbre sus pocas posibilidades de enfrentar estos efectos catastróficos.

Lograr un alineamiento de intereses globales en pro de un bien común, como la equidad sanitaria, podría ser una alternativa de formulación política donde los regímenes políticos, la gobernanza basada en instituciones y ciudadanos comprometidos con el cambio social serían elementos fundamentales para construir un escenario social participativo que permita replantear estructuras de poder que movilizan intereses que no tienen una perspectiva igualitaria de alcance universal, sino por el contrario propone reduccionismos que enmascararían nuevos desafíos derivados de la pandemia que estamos viviendo.

No lograr un nuevo pacto social nos llevaría a un escenario caótico globalizado, que propendería por una lucha de clases e intereses que se impondrían a la mayoría de las sociedades que, por sus activos y competencias, no podrían responder a nuevos riesgos, lo cual ocasionaría otras formas de protesta social que profundizarían las crisis de los modelos democráticos actuales

de los Estados de América Latina (2). Por lo anterior, se requiere un escenario de reforma estructural, que nos muestre una dinámica sectorial más actualizada entre

los países de la región, su régimen político y el tipo de sistema sanitario que adopta o desarrolla cada país, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Relación actual entre regímenes de países de AL y Sistemas mixtos de Salud, 2022

Países de AL	Régimen político	Tipo Sistema de Salud
Costa Rica y Panamá	Democracia liberal	Integrado
Argentina y República Dominicana	Democracia representativa	Pluralista con baja estructuración
Brasil	Democracia representativa presidencial federal	Pluralista con sector público estructurado
Colombia, Chile	Republicano, democrático y representativo	Pluralista con alta estructuración

Fuente: elaboración con base en Cezar (2).

Las tipologías de los sistemas de salud en América Latina han tenido una evolución, en las primeras dos décadas del siglo XXI, que responde a funciones y especializaciones en sus componentes de modulación, financiación, articulación y prestación como resultado de dinámicas entre poblaciones e instituciones encargadas de responder a las diversas necesidades sanitarias que presenta cada país y su dependencia sectorial de acuerdo con su estructura política y macroeconómica (6).

Cezar (2) plantea que el pluralismo como función de la modulación ha sido medido con restricciones, donde poblaciones e instituciones se constituyen en macrovariables del modelo. Aquí se observan restricciones como las siguientes: 1) el tipo de prestaciones más curativas que preventivas que se ofertan en la cadena de atención; 2) los incentivos para priorizar y responder únicamente a necesidades individuales; y 3) la incoherencia entre tecnologías de última generación como prescripciones y lo que realmente se oferta en cada uno de los sistemas de salud de América Latina, dejando por fuera lo que requiere la sociedad (7).

La caracterización de diferentes estados y regímenes políticos de América Latina que han determinado pluralidad en los sistemas mixtos de salud del continente nos han mostrado que, después de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países en América Latina y el Caribe avanzaron hacia sistemas de seguro; el primero en adoptarlo fue Chile en 1952 (8). Según la participación del sector privado en el aseguramiento y el grado de fragmentación, Uruguay y Brasil clasificaron los sistemas de salud de América Latina como integrados con participación del sector privado; sin participación privada lo hicieron Costa Rica y Cuba. Dentro de los países con sistema de salud segmentados con participación del sector privado están Chile, Colombia, Perú, Argentina, Nicaragua, República Dominicana y Paraguay; y, sin participación, México, Ecuador, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras Panamá y Venezuela (9).

En cuanto a la organización de países relacionados con la forma de estado y de gobiernos, México, Argentina y Brasil adoptaron para su gobierno la forma representativa

republicana o federal. Dentro de las repúblicas unitarias y democráticas, encontramos a Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela y el estado socialista de Cuba (10). Por tanto, es urgente un cambio profundo en los regímenes políticos para poder avanzar en tipologías de sistemas de salud que respondan realmente a la problemática sanitaria actual de nuestros países de América Latina.

La salud, considerada un resorte que activa las dinámicas de operación de la política social, es un fenómeno complejo generado por la pluralidad en su concepción ontológica; no obstante, reconocemos que esta aproximación se encuentra anclada de manera indiscutible a la materialización del estado de bienestar, en el cual las responsabilidades del bien salud e interés colectivo abarcan todas las acciones de la política social que pueden relacionarse con educación, trabajo, bienestar, medidas ambientales y políticas sanitarias (11).

En este escenario, pensado desde el bienestar, donde la diversidad de modelos de desarrollo han sido orientados por poderes políticos y económicos que han logrado alinear un pensamiento neoliberal sanitario en toda América, encontramos que la salud pública y la salud colectiva deben virar de ser actualmente campos marginales a convertirse en baterías de políticas transdisciplinarias más sociales, relacionadas con salud, educación, trabajo y bienestar (12). Para ello deberán estar a cargo de un estado participativo más activo y responsable, que actúe relegado por su interés de ejercer solo la modulación y dejar la operación de estas políticas sociales al escenario de mercado.

En América Latina, los Estados tienden a mantener su postura relacionada con la salud, intentando ampliar funciones reguladoras y de coordinación; sin embargo, los resultados y desenlaces en salud varían según el país y las políticas sociales relacionadas con la atención sanitaria que operan (10). En este sentido, Las políticas de bienestar relacionadas con salud se han traducido en mayores procesos de descentralización, desconcentración y delegación con inclusión de actores administrativos

como agentes privados centrales y de gran poder dentro de la ecuación de la atención.

Promover y mantener beneficios individuales y colectivos al mínimo y aumentar los sistemas de cobertura para diferentes poblaciones, como en el caso de Colombia, ha llevado a buscar objetivos e intereses más eficientes en los que el efecto redistributivo de las políticas sanitarias se ha visto afectado por asignaciones de recursos, incentivos y capacidad diferenciada de los beneficiarios para ejercer su derecho fundamental a la salud (12).

En este escenario, los países de América Latina con gran diversidad en sus distintos regímenes políticos requieren —para lograr un cambio hacia una verdadera gobernanza— de una participación ciudadana activa que permita actuar desde su implementación de forma equitativa, igualitaria, eficaz y justa para todas las poblaciones sin ningún tipo de segregación ni exclusión.

Con estos propósitos, el principal reto es enfrentar intereses de un complejo médico industrial interesado en fortalecer políticas corporativas de corte más neoliberal con mayor plusvalía, las cuales conciben a la salud como un bien privado que satisface necesidades individuales (7). Por lo anterior, América Latina debe recomponer su estructura de pensamiento social para construir políticas públicas orientadas a estabilizar el derecho humano fundamental a la salud de forma sostenible, configurando la participación de la sociedad con incidencia política en la toma de decisiones que incrementará la intensidad de la acción pública de la gobernanza (13).

Con la pandemia llegaron los aislamientos; con estos, la contraposición entre la equidad sanitaria y la racionalidad económica sin lograr un adecuado equilibrio entre ambas racionalidades (14); entrar en la tensión dialógica entre *poder* y *política* y las consecuencias de la pandemia ha afectado a la sociedad latinoamericana no solo en el ámbito de salud, sino en lo social, político y económico, recordándonos que la vulnerabilidad es un componente intrínseco de nuestra naturaleza humana. Aun así tratamos de minimizarlo en todo momento (15). La actual situación de salud ha avivado la crisis sobre la pobreza y ha generado retos en los gobiernos para establecer políticas que protejan a los más vulnerables de sus efectos.

Las etapas de confinamiento en los países afectaron a los sectores más vulnerables, con eco en las modalidades de trabajo tanto formales como informales y en las intervenciones de protección social, exigiendo medidas urgentes para iniciar la apertura gradual de la economía, con igual objetivo de impactar de forma indirecta indicadores de pobreza (16). El relativo éxito de las intervenciones encaminadas a mitigar los efectos de la pandemia ha demostrado la poca capacidad de las políticas estatales asumidas en cada país.

La pandemia ha permitido además generar un proceso de reflexión en cuanto a las decisiones tomadas para combatir la vulnerabilidad desde la condición humana. Ejemplos de solidaridad, justicia y honestidad han sido evidenciados en la sociedad, así como acciones egoístas, materialistas e individuales. Esto muestra nuestro carácter hedonista, y extremadamente autónomo y libre, criticado por modelos de pensamiento más sociales, como el de Martha Nussbaum, que justifica la consideración de vulnerabilidad y justicia como un mecanismo fundamental de orientación política para abordar retos futuros relacionados con los modos de vida, el bienestar y la calidad de vida (15).

En este escenario de alta incertidumbre social y económica, así como de pocas posibilidades de mejorar el bienestar de las poblaciones de AL en esta nueva realidad, nos alineamos al llamado de Bárcena, que ha insistido en destacar la importancia de propender por políticas sociales que permitan aportar de forma equitativa al gasto social a partir de una receta de medidas económicas, fiscales y monetarias (17) que fortalezcan la economía familiar y la asistencia sanitaria y social a los más vulnerables, a fin de incentivar la recuperación de los diferentes modelos de desarrollo que han adoptado los países frente a la problemática sanitaria mundial en pro de un ejercicio real de derechos sociales, políticos y humanos en salud y bienestar.

Sojo (14) nos plantea que “no podemos gobernar como países aislados, la pandemia debería tener la fuerza para cambiar al estado para garantizar que todos nos sintamos dignos en esta tierra”. En este sentido, los Gobiernos y sus principales líderes han tenido la tarea de abordar la problemática actual y planear acciones para los próximos años. Aunque nuestro discurso se enfoque en la dimensión latinoamericana, los cambios políticos y sociales deben ocurrir en un contexto global soportado por regímenes capitalistas y procesos neoliberales que generan dependencia en la humanidad, donde —de forma desafortunada— prima la propiedad y el capital financiero sin interés sobre las políticas públicas en salud orientadas a la protección integral de las personas; esto debilita las capacidades de las políticas sociales desde el Estado (18).

El caso colombiano nos muestra, en su reporte INAS del 29 de diciembre del 2021, que el comportamiento de la pandemia tiene cifras oficiales que, si bien mostraban una contención de casos (6 326) y de mortalidad (33 casos) con un alivio en la atención hospitalaria a expensas de disminuir el uso de servicios de cuidado intensivo (19), también nos permite observar un aumento en la positividad de los tamizajes (PCR con positividad del 22% y antígenos con positividad del 15%) a expensas de la circulación de nuevas cepas como Omicron, que podría dar pistas sobre un cuarto pico de la pandemia con menor letalidad.

También observamos que la vacunación masiva llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Protección social muestra un acumulado de 63 992 507 dosis aplicadas y 27 992 589 esquemas completos (reporte 27 diciembre de 2021), con una progresión en la cobertura a casi todos los ciclos vitales, teniendo cautela frente a la eficacia e inmunogenicidad frente a nuevas variantes como la ómicron, que requerirán del fortalecimiento de medidas de vigilancia epidemiológica, alertas tempranas y aumento de las coberturas de vacunación en todos los países de América Latina para disminuir su transmisibilidad y probabilidad de mutación del virus (20).

Si bien la respuesta sanitaria actual muestra mayor claridad frente al manejo de salud pública de la pandemia y una frágil contención frente a nuevas cepas, con tecnologías de detección del coronavirus en tiempo real como el SenSARS y la implementación de terapias de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), nos preocupan los demás comportamientos epidemiológicos y del modelo de atención sanitaria frente a la atención integral de patologías y condiciones crónicas que invisibilizan epidemias concentradas que se presentan en forma concomitante en nuestra población.

El anterior comportamiento nos inquieta al descentrar el problema político del manejo de la pandemia. Esto conduce a una tensión entre los derechos civiles individuales y la salud como un bien común de todos los ciudadanos colombianos, pues se privilegian medidas de apertura económica en detrimento de las medidas de bioseguridad. Por ello, nos preguntamos ¿qué pasó con la regulación del SGSSS?, donde actores como la Super-salud reportaban cerca de 65 diálogos participativos con cerca de 12 000 usuarios del sistema durante las épocas más fuertes de la emergencia sanitaria ordenada por el Gobierno nacional debido a la pandemia del COVID-19. Aquí la clave fue la adopción de una estrategia virtual que como resultado de acciones de participación en los 32 departamentos, visibilizó y resolvió cerca de 5420 peticiones con efectividad ante EPS que operan en cada territorio; asimismo, resolvió inconvenientes entre prestadores, aseguradores y usuarios (21).

La evaluación permanente del SGSSS nos muestra que desde 2019 se han liquidado 11 EPS que no garantizaban prestaciones de servicios de salud a sus usuarios y se han trasladado 6,4 millones de afiliados a otras entidades promotoras de salud. No obstante, queda la inquietud sobre la calidad y oportunidad que la nueva red de prestadores les brinda a sus usuarios.

Con la anterior presentación del problema político, se requieren cambios estructurales y sectoriales (con un enfoque de oferta y demanda del modelo de salud colombiano a partir de la Ley 1751 de 2015) en cada

uno de sus componentes, como la unificación en la estructura de regímenes de afiliación, para transformar la relación agencia-principal, eliminando intermediación y administración delegada, lo cual permitiría consolidar la financiación del SGSSS hacia un gasto de predominio público y poder disminuir el gasto de bolsillo aliviando la economía familiar de todos sus afiliados.

En regulación debemos replantear la gobernanza del sistema de salud desde la relación nacional-entes territoriales basadas en desempeño y eficiencia de operación del modelo de atención y su articulación con otros sectores, desde un enfoque de atención primaria; aquí es urgente el replanteamiento del papel y las herramientas de la salud pública en los ámbitos nacional y territorial considerando el deterioro y fragmentación del mercado laboral del talento humano en salud.

Con este panorama, tenemos claro que la atención sanitaria y la educación médica virtual con ajustes curriculares en plataformas digitales no reemplaza la formación y prestación médica presencial con tecnologías de punta, en ambientes de simulación y en ambientes controlados; por tanto, las decisiones de Gobierno tomadas en esta nueva realidad, producto de la dinámica de la pandemia, han puesto al descubierto la debilidad política de nuestros estados y la incapacidad de nuestros gobernantes para incrementar y enfocar la salud como bien público en todos los países con una clara orientación de justicia social y equidad sanitaria para todos los ciudadanos, sin importar si están asegurados o no a los sistemas de salud que predominan en nuestra América Latina ♦

REFERENCIAS

1. Franco-Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Rev. Gerenc Polit Salud*. 2020; 19(2020). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>.
2. Cezar Medici A. Las reformas incompletas de salud en América latina: algunos elementos de su economía política. *Bienestar y política social*. 2007; 2(1):1-26. <https://bit.ly/3QEUBNq>.
3. González JI. Ponencia: "La relación estado mercado en la provisión de bienes y servicios". In: Seminario Permanente Sistemas de Salud. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; 2021.
4. Pikkety T. *Capital e ideología*. España: Ediciones Deusto; 2019.
5. Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington: BID; 1997.
6. Gutiérrez Ossa JA, Restrepo Avendaño RD. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del SGSSS en Colombia. *Revista Sociedad y Economía*. 2012; 23:183-204.
7. Hernández ME. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saude Pública*. 2002; 18(4):991-1001.
8. López S. *Sistemas de salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años noventa*. Medicina Social FTS-UNLP; 2005.
9. Gedeón U, Villar M, Ávila A. *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Madrid: Mapfre; 2010.

10. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington: OPS; 2017.
11. Riquelme SF, Caravaca Llamas C. La política social. presupuestos teóricos y horizonte histórico. Aposta. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 30]; 50:1-46. <https://bit.ly/39RBUp0>.
12. Ortega-Bolaños J. Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. Rev. Salud Pública. 2018; 20(5):649-54. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.73891>.
13. Cabrero E. Acción pública y desarrollo local. México DF, México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
14. Sojo A. Ponencia "Encrucijadas, disyuntivas, convergencias: La salud pública y la seguridad social en una era pandémica". In: Seminario permanente sistemas de salud. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; 2021.
15. Casas Martínez M. de la Luz. Enseñanzas de la pandemia de COVID 19. El reencuentro con la vulnerabilidad humana. BIOETHICS Update. 2020; (6):80-91. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2020.09.001>.
16. Álvarez A, León D, Medellín M, Zambrano A, Zuleta H. El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política. PNUD América Latina y el Caribe; 2020.
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. COVID-19 tendrá graves efectos sobre la economía mundial e impactará a los países de América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL; 2020.
18. Millán N, Santander G. El virus cosmopolita: lecciones de la COVID 19 para la reconfiguración del Estado-Nación y la gobernanza global. Geopolítica(s) Revista de estudios sobre espacio y poder. 2020; (11):251-63. <https://doi.org/10.5209/geop.69383>.
19. Instituto Nacional de Salud. COVID-19 EN Colombia: reporte del 29 de diciembre de 2021. (Bogotá): República de Colombia; 2021.
20. Ministerio de Salud y Protección social. Vacunación contra COVID-19. Bogotá: República de Colombia; 2021 [cited 2021 Dec 30]. <https://bit.ly/3zWy08X>.
21. Superintendencia Nacional de Salud. ¡Aquí la vida sí vale! Monitor Salud [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 30]; (7):49-52. <https://bit.ly/3nbGGAM>.