

(gurbana@unipiloto.edu.co)

Los marcos teóricos en una investigación le dan el significado a los análisis e interpretaciones de las cifras. Sin ellos, es imposible construir los modelos sobre los cuales se configura una investigación: las cifras sin marco teórico no son más que colecciones de datos sin más sentido que el que cada observador les quiera dar.

Nuestra línea de Investigación y Evaluación de Soporte en su proyecto de Observatorio Social, viene construyendo los marcos de análisis sectoriales que le permitan aproximarse a la interpretación de la información que se produce en sectores tales como educación, salud, VIS y protección a poblaciones vulnerables.

De esta forma, la interpretación se enriquece a partir de las referencias histórico-sociales en las que se producen los hechos que finalmente se traducen en cifra, ellas en datos y en nuestro Observatorio, en información relevante no sólo para el trabajo académico sino para la ciudad y sus instituciones en general.

En este número publicamos un ejemplo basado en el desarrollo histórico de los sistemas de salud en Colombia.

(Inicio)

Por: Alexandra Rodríguez del Gallego (**alrodriguez@unipiloto.edu.co**)
Marcela Ávila Roa* (**marceavilar@yahoo.com**)

El presente ensayo tiene como objeto analizar el sector salud desde los ajustes que a partir de los cambios generales al modelo de desarrollo colombiano fueron aplicados al sector en forma de políticas de estabilización y para enfrentar los desafíos de la globalización.

Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, hacen parte de los grandes cambios institucionales que demandó el nuevo modelo económico¹. En Colombia a partir de febrero de 1990 se inicia la implementación del Programa de Modernización de la Economía Colombiana², como una interpretación a los cambios en la economía mundial elaborada en primera instancia por el Gobierno del Presidente Virgilio Barco, continuada un año más tarde durante el gobierno del Presidente César Gaviria por medio de la Reforma y puesta en marcha de la nueva Constitución Colombiana.

Los desafíos que enfrentaron los formuladores de política social en casi todos los países son bastante similares: “La reducción del rol del Estado en los asuntos colectivos y la búsqueda de la eficiencia económica penetró todos los ámbitos de la vida humana. Ello también tendría su influencia determinante sobre la visión de salud y de los sistemas de salud”³. Hacer un sistema de salud en el que tanto la financiación como la prestación de servicios de salud fueran equitativas; la búsqueda de un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; y lograr sistemas que sean viables y sostenibles financiera y políticamente. En el fondo encontramos un debate acerca de cuatro puntos fundamentales: el modo en que los recursos sociales son asignados y apropiados; respecto de quién o quienes ejecutarán el reparto; de los criterios que lo presiden y, por lo tanto, de las condiciones en que los actores participan del mismo⁴.

1 Como lo resume GRANADOS, Ramón: “El mundo se modificó y los sistemas de salud no estuvieron al margen de ese cambio. Emergió el mundo unipolar de la post guerra fría con una visión hegemónica (con pretensiones de visión única) de la política, la cultura, la economía y las costumbres”: GRANADOS, Ramón, “Reformas Neoliberales de los Sistemas de Salud”, Resumen de tesis doctoral, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana-Facultad Nacional de Salud “Carlos J. Finlay”, Marzo de 2001

2 Revista de Planeación y Desarrollo, Publicación DNP de Colombia, Volumen XXII, números 1 y 2 Enero, 1990

3 Ibid, Pág. 2

4 FRANCO Rolando, “ Los Paradigmas de la política social en América Latina. “ Revista de la CEPAL, abril 96 Págs. 9-22

Desde el punto de vista político la puesta en marcha de estas reformas hace parte de una mezcla de elementos que responden a las necesidades de políticas sociales de los sectores populares, al tiempo que es coherente con una serie de compromisos adquiridos con organismos multilaterales de corte neoliberal y con estrategias de transformación económica basadas en la economía de mercado. Estos ajustes tuvieron muchas versiones en toda América Latina, pero su aspecto modular siempre ha sido, como la resume Consuelo Ahumada, la tría entre focalización, descentralización y privatización.⁵ Paradójicamente, utilizan la retórica popular para implementar políticas ortodoxas.

El **sistema de salud** colombiano fue uno de los sectores que iniciaron el camino de las reformas, desde la sanción de la Ley 100 de 1993⁶. Mediante esta Ley se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **Durante los doce años de vida del nuevo sistema de salud**, han surgido muchos interrogantes sobre cómo enfrenta la reforma los desafíos comunes a todos los sistemas del mundo, pero pocas han sido las respuestas, al menos las que corresponden a investigaciones soportadas técnicamente; esta escasez de respuestas se le atribuye, en parte, a que el tiempo transcurrido no es lo suficientemente largo para detectar cambios relevantes, pero también se le puede atribuir a una falta importante de datos que permitan documentar sólidamente un argumento a favor o en contra de los cambios esperados⁷. Más aún, los escasos análisis realizados a los datos existentes, no han arrojado respuestas satisfactorias a los interrogantes planteados, lo que se explica, en parte, porque no existe un sistema de monitoreo que haya establecido una línea de base que permita hacer seguimiento a los indicadores claves; adicionalmente, la escasa información existente está dispersa, y no estandarizada, lo que no permite hacer comparaciones más exactas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA DE SALUD

Para llevar a buen destino el objetivo del presente ensayo analizaremos la evolución del sistema de salud colombiano desde su aparición en el siglo XIX hasta la década de los noventa, cuando se implementó la reforma en el sector salud.

En la conformación del sistema de salud colombiano se pueden distinguir tres períodos bien diferenciados:

Una primera época se inició a finales del siglo XIX y se extendió hasta mediados del siglo XX. En aquel período, la acción del Estado estaba reducida a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene y el ambiente y sus vinculaciones con las principales enfermedades. La salud ocupó un espacio en las constituciones políticas de la época como "salubridad pública" en la actividad industrial y profesional y como "asistencia pública" a los incapacitados para trabajar.

La creación de la Caja Nacional de Previsión en 1945, dio origen a la aparición del Sistema de Seguridad Social en Colombia. A ella le siguieron más de mil instituciones análogas en el ámbito nacional, departamental y municipal. La más importante de ellas fue Instituto Colombiano de Seguros Sociales (creado en 1946), que luego pasó a llamarse Instituto de Seguros Sociales (ISS) cuya actividad actual sigue siendo determinante dentro de todo el contexto de la salud en Colombia⁸.

El desarrollo de la Seguridad Social en Colombia ha estado marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema que cubre a los trabajadores privados, denominado seguridad social y el sistema de los funcionarios públicos, denominado previsión social. De esta manera, el Instituto de Seguros Sociales se convirtió en la única institución que, a parte de la medicina privada, en forma monopólica, cubrió durante mucho tiempo a los afiliados del sector privado.

El sistema público de previsión social en Colombia se desarrolló en forma desarticulada en múltiples instituciones, sin mecanismos de solidaridad, en donde se combinaron entidades de buena y mala calidad en situación permanente de quiebra. Por otra parte a las instituciones de seguridad y de previsión social se le sumaron históricamente las

5 AHUMADA Consuelo, "Política Social y Reforma de Salud en Colombia ", En: Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización, Pontificia Universidad Javeriana.

Una visión aún más macro, corresponde a "la desregulación y las políticas simultáneas de privatización y liberalización del comercio exterior" en : PALDAM Martín, Un ensayo sobre los aspectos macroeconómicos del desarrollo social en AL. BID, Washington, Págs. 531-559

6 Ministerio de Salud de Colombia y OPS/OMS. La reforma del sector salud en Colombia, Bogotá, 1995 Págs. 9-12

7 Ídem

8 Ministerio de Salud, "El sector salud en Colombia pasado, presente y futuro" presentado en la Reunión Especial sobre reformas del sector salud, Washington, DC. 1995

cajas de compensación familiar (creadas en 1950). Estas Cajas, si bien en un principio buscaban otro objetivo, poco a poco fueron asumiendo funciones complementarias de seguridad social en salud.

La segunda época correspondió al proceso de génesis, desarrollo y declinación del Sistema Nacional de Salud, entre los años 60' y finales de los 80'. La formación del Sistema tuvo lugar en un momento en el que se reafirmaron las tendencias "higienistas" del anterior período y la organización de los servicios sufrió una orientación técnica salubrista, en el contexto del movimiento internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OPS (Organización Panamericana de la Salud) y del Plan Marshall (Programa de Cooperación para la reconstrucción de Europa) de los Estados Unidos. A lo largo de esta etapa, la salud pública pudo afianzarse integrándose a la dinámica del desarrollo.

A finales de los 60', la salud comenzó a considerarse como una inversión y no como un gasto. Como consecuencia, la orientación sanitaria del Estado en materia de inversión comenzó a manifestarse en dos sentidos fundamentales: a) ampliación de coberturas a costos mínimos y b) administración de la asistencia médica por parte del Estado.

A mediados de los 60', en un primer intento de desconcentración del sector público y de la gestión ministerial se crearon los Servicios Departamentales de Salud que aún siguen vigentes⁹. En 1969 entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario. Así mismo, se incorporó la concepción organizacional del Sistema de Regionalización de los servicios con cuatro niveles diferenciados de atención médica.

En 1975 se organiza formalmente el Sistema Nacional de Salud. Desde su creación surgió como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El sistema articulaba las instituciones prestadoras de servicios bajo un modelo centralista en las decisiones políticas y en la planificación y asignación de recursos, acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los Departamentos en materia de la organización y prestación de los servicios de salud.

Este sistema fue diseñado sobre un modelo de atención que diferenciaba entre personas y ambiente. Las diferentes unidades de prestación se articulaban administrativamente al sistema nacional a través de las unidades regionales y los servicios seccionales de salud. Así mismo, las unidades hospitalarias quedaban conectadas al sistema como adscritas, si eran de origen público, y vinculadas, si eran de origen privado¹⁰.

El Sistema Nacional de Salud estaba organizado en tres niveles: nacional, departamental y municipal, y estaba articulado funcionalmente entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales¹¹.

En tanto, a mediados de la década del 70' se inicia en el país el camino de la descentralización territorial que buscaba fortalecer las entidades territoriales confiriéndoles autonomía en el manejo de sus destinos, proceso que incluyó los primeros pasos hacia la descentralización del sector de la salud, los cuales fueron complementados con la Ley 10 de 1990¹². Con la Ley se buscó fomentar las fuentes financieras del sector, reordenar su utilización a fin de priorizar el gasto en el primer nivel de atención. Sin embargo, no se alcanzaron grandes resultados como consecuencias de estas medidas.

En síntesis, hasta 1993, el llamado Sistema Nacional de Salud estaba constituido por:

- El subsistema de seguridad social de los trabajadores del sector formal de la economía, atendidos por el Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas (entidades o programas destinados a cubrir ciertos servidores públicos, como los miembros de las fuerzas armadas, los maestros y la empresa estatal de petróleo).

Ambas instituciones (ISS y Cajas de Previsión) alcanzaban a cubrir en conjunto cerca del 20% del total de la población y aproximadamente el 50% de la población trabajadora. Es importante tener en cuenta que alrededor de la mitad de los empleados en Colombia se ubican en el sector informal no cubierto por las instituciones mencionadas, quienes recurren al subsistema público y en menor medida al privado.

⁹ Ídem

¹⁰ Ídem

¹¹ Ídem

¹² La ley 10 de 1990, La ley 60 de 1993, La Constitución Política de 1991 y la ley 100 de 1993 se constituyeron en el eje jurídico de la Reforma

- El subsistema público de atención dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de hospitales públicos organizados por niveles de complejidad¹³.

La dirección del subsistema estaba prácticamente centralizada en su gran mayoría en una tecnocracia ubicada en el Ministerio de Salud y en menor proporción en las Direcciones Departamentales de Salud que representaban al gobierno en las regiones.

El nivel municipal estaba concebido exclusivamente como encargado de la prestación de los servicios.

- El subsistema privado orientado a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de prestadores aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la nascente medicina prepaga y los seguros de indemnización de salud.

Estos tres subsistemas actuaban en forma separada, totalmente desarticulada y en muchos casos generando superposición y aún duplicación de acciones, dando como resultado bajas coberturas y otro conjunto amplio de ineficiencias.

El Sistema Nacional de Salud, tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1982, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector. Sin embargo, la crisis fiscal de este último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población¹⁴.

En tanto el financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud. Aún cuando se venían registrando progresos en las condiciones de salud de la población, antes del conjunto de reformas iniciado en la década del 90', los indicadores para grupos sociales específicos no eran tan favorables.

En este contexto, después de algunas reformas, se introdujeron modificaciones parciales al funcionamiento del sector y más tarde la Ley 10 de 1990 precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes. Un año después la nueva Constitución Política consagró la salud como servicio público y derecho social, reafirmó la distribución de competencias institucionales y amplió el concepto de Seguridad Social.

En términos de los valores que rigen al sistema, la Nueva Constitución Colombiana¹⁵, promulgada en 1991, estableció que la reforma del sector salud debería estar basada en los principios fundamentales de universalidad, solidaridad y eficiencia. Luego de dos leyes promulgadas en 1993 (ley 60 y ley 10) incorporaron los principios que hasta entonces resultaban muy innovadores en el contexto de América Latina: seguro social, equidad, competencia y libre elección.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social es el resultado de la transformación de un sector compuesto por tres subsistemas independientes con distintos modos de financiación, de organización y de oferta de los servicios, en un sistema único y universal en su aplicación. Este nuevo sistema está formado por una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud que deberían integrarse en su funcionamiento y tendrían una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad. En tanto es necesario señalar la existencia, si bien de carácter provisional, de un tercer régimen, el de los Vinculados Transitorios.

Las principales características de los regímenes constitutivos del Sistema General de Seguridad Social son:

- El régimen contributivo está destinado a quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes. Este régimen se estructura básicamente a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población según lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud -POS- a cambio de una contribución por cápita garantizada. Así mismo, deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud a sus contribuyentes, utilizando para ello sus propios medios o acuerdos con entidades prestadoras.

El régimen contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se caracteriza, entre otras cosas, por los siguientes aspectos[?]:

13 Tres niveles de complejidad: Primer Nivel, están los centros de atención inmediata (CAMI), Segundo Nivel, los hospitales regionales y en el Tercer nivel, los hospitales universitarios

14 Revista Salud Colombia, "La Reforma. El sistema de seguridad social en Salud en Colombia". XV Edición

15 Constitución Política de Colombia, Artículo 48 "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad".

Acabar con el monopolio del Instituto de los Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir con empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso con otras empresas públicas o mixtas (EPS).

Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de pago por capitación -UPC-).

Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. (Sin embargo dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares).

- El régimen subsidiado tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana definida como "pobre" sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios, totales o parciales por parte del Estado.

Este régimen, se estructura básicamente a través de las denominadas administradoras del régimen subsidiado, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a la población cubierta por este régimen. Estas entidades pueden ser de tres tipos: I) las mismas EPS del régimen contributivo, II) las cajas de compensación familiar que organicen programas para tal fin y III) las Empresas Solidarias de Salud que no son más que una modalidad de EPS con origen en las organizaciones comunitarias creadas como una alternativa ante la posible ausencia de las dos primeras entidades.

- El régimen para los Vinculados Transitorios está destinado a aquellas personas pobres que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al Sistema y que, mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el Estado para garantizarles la atención en salud.

DESARROLLO CONCEPTUAL

El sistema de salud que operaba en Colombia en 1993 era calificado como inequitativo tanto en términos de aseguramiento, como en términos de acceso a los servicios, financiamiento y asignación de los recursos. En efecto, de acuerdo a datos de la encuesta nacional de hogares adelantada en septiembre de 1992, cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento y dependía de los servicios prestados por las entidades públicas de salud o por el sistema "informal" y privado de salud. Así mismo, en 1992, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas en el sector público, que debían dirigirse principalmente a la población más pobre, fueron recibidas por pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población¹⁶.

Los resultados de la política social de los años anteriores a los noventa demuestran y dan excusas a los teóricos del régimen imperante por estos años para achacarle la crisis al modelo de sustitución de importaciones pregonado por la CEPAL para América Latina desde los años sesentas, y le dieron los argumentos para el cambio de modelo en los términos de Rolando Franco¹⁷.

En consecuencia, una de las principales premisas en las que se sustentaron para reformar el sistema de salud en Colombia, fue la exigencia de buscar un sistema más equitativo tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios de salud; en este sentido, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993. Hoy, doce años después, algunos sectores de la opinión nacional están cuestionando profundamente los beneficios obtenidos por la reforma y se habla de una crisis general del sector. Y es motivo de alarma en los organismos internacionales y nacionales el progresivo deterioro del bienestar, el crecimiento de la marginalidad y la miseria en el país. Martín Paldam en uno de sus artículos intuía que "Las medidas conllevan costos de transición elevados durante un período relativamente prolongado". "Junto con estos problemas obvios de bienestar social, surgen problemas políticos: el descontento generalizado con las políticas puede causar reacciones sociales que las hagan fracasar, con lo cual se prolongaría el ajuste necesario"

Por lo tanto, es muy importante dentro de este contexto poder contar con información que muestre el impacto de la reforma en un aspecto tan fundamental como la equidad del nuevo sistema de salud y poder justificar los resultados al día de hoy. En un estudio reciente, Sánchez y colaboradores (1999) aportaron las primeras evidencias al respecto, al mostrar que "los cambios institucionales que tuvieron lugar en el sector no sólo representaron un

16 UNIVERSIDAD DEL VALLE, website en Internet, www.hipocrates.univalle.edu.co

17 Allí el autor plantea que "Está fuera de duda que por debajo de las discriminaciones actuales sobre el papel del estado, las políticas públicas, el mercado y la iniciativa libre o regulada de los actores, hay mucho más que opciones académicas o modas intelectuales". De lo que se trató con la implementación del sistema General de Salud era de definir con algunas de las privatizaciones del sector y de la intervención estatal en las relaciones sociales, cuánto ganaban los agentes de la economía y cuáles eran las pérdidas de los actores de la sociedad.

aumento importante del gasto del sector, sino también un gran esfuerzo de focalización, pues la totalidad del incremento del gasto neto fue apropiado por el 40% más pobre de la población.” Así mismo, mostraron que mientras que el 40% más rico de la población concentraba antes de la reforma el 58% del aseguramiento total en el país, en 1997 este porcentaje baja a 45% por efecto del incremento del aseguramiento entre los más pobres.¹⁸ Esto nos muestra que la intervención del Estado en la vida económica y social sirvió para que determinadas fracciones de la clase empresarial acumularan importantes recursos de capital, en detrimento de la exclusión social de importantes capas de la sociedad¹⁹.

Ahora bien, los datos de Sánchez y colaboradores son tan solo evidencias preliminares que no permiten llegar a conclusiones acerca del impacto de la reforma sobre la equidad, puesto que aún no se han evaluado aspectos tan importantes como el impacto sobre el acceso a los servicios, o sobre el gasto privado de salud o la distribución geográfica de los recursos públicos de salud.

El modelo neoliberal promueve la participación de los usuarios de la salud, y a menudo la estimula, como parte de los esfuerzos de descentralización. Se asume involucrar a la gente en los proyectos impulsados por el Estado y en las acciones ofrece más perspectivas de éxito que un diseño vertical y centralista (FRANCO; R)

CONCLUSIONES

Entre los grandes desafíos de las reformas de la seguridad social está el de avanzar hacia sistemas universales que mantengan los equilibrios financieros y permitan un financiamiento sostenido de los beneficios. La construcción de un sistema de previsión social universal hace imprescindible incorporar crecientes grados de solidaridad en el financiamiento. Sin solidaridad no es posible avanzar hacia la universalidad.

A pesar de los esfuerzos de reforma y de algunas mejoras realizadas durante la década de los noventa, aún queda mucho camino por recorrer si se quiere beneficiar a mayores sectores de población.

Primero, es necesario aumentar los niveles de cobertura, que siguen siendo relativamente bajos. Ello implica ampliar los sistemas de salud y pensiones hacia los mercados informales de trabajo.

Segundo, cabe esperar que, como consecuencia de los procesos de transición demográfica y epidemiológica, la demanda de los servicios que provee la seguridad social crezca más que el producto interno bruto. Esto implica que los países verán incrementarse la demanda de recursos financieros más allá de lo que se puede cubrir sobre la base de los actuales sistemas.

Por eso resulta indispensable que los sistemas de seguridad social logren mejoras en la gestión que permitan, mediante ganancias de eficiencia, hacer frente a los aumentos en la demanda esperada, por ejemplo, mediante el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a modo de prevenir enfermedades que en su etapa curativa son más costosas que su prevención.

Tercero, es necesario preocuparse por el diseño de la composición pública - privada y definir el papel que le compete tanto al sector privado como al gobierno en el financiamiento, provisión y regulación del sistema de seguridad social. La experiencia señala que una mala combinación pública y privada tiene efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia²⁰. Finalmente, dados la estructura de los mercados de trabajo y los niveles de ingreso per cápita de la Región, introducir y fortalecer los mecanismos de solidaridad a nivel del financiamiento será un desafío central de cualquier proceso de reforma de la seguridad social. Esto conlleva, por una parte, examinar cuidadosamente cómo se introduce el criterio de equivalencia entre contribuciones y beneficios en los fondos de financiamiento, y por otra, definir de forma explícita cuáles serán las fuentes de financiamiento, en particular las combinaciones entre impuestos generales y específicos para financiar la seguridad social y su componente solidario.

* **Marcela Avila Roa, Investigadora invitada:** Odontóloga General de la Universidad del Bosque con Especialización en Política Social de la Pontificia Universidad Javeriana, experta en políticas de salud en Latinoamérica.

[\(Inicio\)](#)

18 Sánchez F., Núñez J. (1999), Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del Gasto Público social en los noventa? Coyuntura Social. 20:165-192.

19 Ídem, Rolando Franco

20 Rolando Franco, Los Paradigmas de la política social en América Latina, Revista de la CEPAL 58 Abril 1996, Págs. 9-22