IDENTIFICADOR	https://pacifista.tv/notas/el-sistema-de-salud-es-un-sistema-de-captacion-financiera-presidente-de-la-federacion-medica-colombiana/
FECHA ORIGINAL	26 de abril de 2020 (publicación original en el archivo)
AUTORÍA / FIRMA	Santiago A. de Narváez
CLASIFICACIÓN	/notas/ · Nota · Leer
HUELLA SHA-1	**cdf4f8e8161409c7** — huella del cuerpo archivado, calculada el 25 de septiembre de 2026. No acredita el estado de la página en su publicación original.
DESCRIPTORES	Coronavirus · Covid 19 · Eps · Federacion Medica Colombiana · Ley 100 · Sergio Isaza · Sistema de Salud

NOTA

“El sistema de salud es un sistema de captación financiera”: Presidente de la Federación Médica Colombiana

Por **Santiago A. de Narváez** · Publicado originalmente el **26 de abril de 2020** en *¡PACIFISTA!*

El doctor Sergio Isaza ha sido una de las voces médicas más críticas del manejo que este Gobierno le ha dado a la crisis. "Hay que tumbar la Ley 100", dice.

Corre el año 2016. En un periódico regional, un médico dice que si no se reforma el sistema de salud colombiano, lo que le espera al personal médico será una tragedia.

Nadie sabía en ese momento que el mundo quedaría paralizado, cuatro años más tarde, por la propagación de un virus que saltó de animales a humanos en China.

En el 2020, cuando la pandemia del coronavirus llega a Colombia y el país entra en cuarentena, los médicos se vuelcan a los hospitales para atender a los enfermos y frenar, en la medida de lo posible, el avance del virus.

En marzo, el Presidente Duque declara la emergencia sanitaria.

En abril, el Gobierno nacional expide un decreto –el 538– que obliga a los médicos a estar disponibles para enfrentar la crisis. Los médicos le protestan al Ministro de Salud por no tenerlos en cuenta en la redacción de dicho decreto.

11 de abril: muere el primer médico por coronavirus en el país. Tenía 33 años.

16 de abril: los presidentes de los cuatro principales gremios de salud del país –entre ellos, el que hacía cuatro años dijo que había que reformar el sistema de salud para evitar una tragedia– se levantan de la mesa de diálogo con el Ministro de salud. "No hay garantías", dicen.

20 de abril: 30 médicos del Hospital San Rafael en la capital del departamento de Amazonas presentan su renuncia y alegan la falta de garantías laborales y de bioprotección para enfrentar la epidemia.

Ese mismo día el Presidente Duque anuncia que la cuarentena se extiende hasta el 11 de mayo, aunque permite que los sectores manufacturero y de construcción retomen actividades a partir del 27 de abril.

23 de abril: la Contraloría advierte que las ARL no están entregando los elementos de protección necesario al personal médicos en los distintos hospitales del país.

Esa misma semana –la semana que acaba de terminar– **¡Pacifista!** habló con el doctor Sergio Isaza, presidente de la Federación Médica Colombiana. El doctor Isaza es una de las voces más autorizadas y más críticas sobre el manejo que el Gobierno le está dando a la crisis del coronavirus.

Esto fue lo que hablamos:

Al día de hoy, miércoles 22 de abril, ¿existen garantías en términos de bioseguridad para el personal médico hoy en Colombia?

De acuerdo a lo que nos han venido informando de otras partes del país y aquí mismo en Bogotá, lo están cumpliendo a cuenta gotas. Hasta ayer, solamente una de las ARL había empezado a distribuir los elementos de bioseguridad. Esto no puede seguir así. Nosotros recomendamos que el Gobierno hiciera una compra centralizada en gran escala de elementos de bioseguridad y para eso se

requiere:

Primero, que el Gobierno incentive a buena parte del sector industrial manufacturero para que produzca este tipo de productos: gel antiséptico, mascarillas, batas, etc. Y que le garantice a los industriales que no vayan a perder dinero, sino que se programe la producción. Porque esta crisis puede servir para dinamizar ciertos sectores productivos del país.

Segundo, que el Invima otorgue rápidamente las licencias a cada uno de estos artefactos para que puedan ser rápidamente entregados. Para las viseras, para los respiradores N-95, mascarillas, anteojos, para las batas sencillas, con capucha, para las polainas, los guantes, la ropa hospitalaria.

Y tercero, que el Gobierno facilite la importación de los insumos de la materia prima para que puedan trabajar cuando no haya materia prima acá.

Bueno, y...

Pero hay que señalar una cosa: no solo se trata de dar elementos de bioprotección. Sino que se trata de la protección integral del personal de la salud. De nada me sirve a mí que me protejan muy bien, pero que quede desprotegido en términos de seguridad social si me llego a enfermar de coronavirus. El 80% de trabajadores de la salud en el país no tiene un contrato laboral estable ni la cobertura suficiente por riesgos profesionales...afortunadamente ya salió el decreto que obliga a que todas las ARL respondan, porque ya se decretó al covid-19 como una enfermedad laboral. Entonces ninguna ARL puede desligarse como lo estaban haciendo hasta el día de ayer.

Pero eso no es suficiente. Es necesario que se acaben los contratos de prestación de servicios, el trabajo a destajo, con la tercerización laboral y a todo el personal de salud se le haga contrato laboral.

Quería que habláramos de esto más adelante en la entrevista pero usted acaba de tocar el tema. ¿Qué debería cambiar radicalmente en el sistema de salud cuando se supere esta crisis?

Mire, desde que empezó la pandemia, todo el mundo habla –además con una locuacidad y una desfachatez increíble– y dicen que lo mejor es la prevención, que hay que prevenir: desde el Gobierno para abajo. Pero resulta que este sistema de salud no es un sistema de salud preventivo;

sino un sistema de salud diseñado para la venta de servicios de salud para atender las enfermedades. La promoción y prevención por parte del sistema o no existe o lo que existe es nimio, laxo e insuficiente. ¿Sí? Entonces si usted tiene…

(Suena al otro lado de la pantalla el timbre de un celular, el doctor Isaza se disculpa y responde una llamada: "aló, sí, sí claro, bueno, claro que sí entiendo, déjame acabo una entrevista en la que estoy y te marco y hablamos largo de eso porque es importante…")

…en qué iba? Ah, sí: si usted mira cuáles son las enfermedades que mejor se atienden dentro de las EPS, hay un grupo bien importante que es el que mas consume: las enfermedades de alto costo (antes llamadas catastróficas): el cáncer, problemas hematológicos, cardiovasculares, trasplantes, enfermedades autoinmunes y lo que consuma cuidado intensivo. Y digo "consuma" propositivamente. En la medida que se atiendan esas enfermedades, los medicamentos y servicios son de altísimo costo y eso da un margen de ganancia supremamente grande. Y cuando las EPS hacen los recobros a la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES), muchas veces los pasan magnificados. Por encima del valor que tienen. Sobre todo cuando se trata de medicamentos.

Por ejemplo: para esta pandemia se había planteado que se hiciera un código, con fines meramente estadísticos, para los pacientes con covid-19. Entonces las EPS le hicieron poner un código pero de costo tipo: querían cobrar el costo de cuidado intensivo común y corriente (infartos, cirugías, traumas, etc) distinto al de los enfermos de covid-19, que cobrarían con un precio más alto. Esto es inaceptable. Esto tiene que vigilarlo el Superintentendente de Salud y el Contralor de la República y denunciarlo.

Quiero volver sobre la pregunta anterior. Porque estuve leyendo una entrevista suya, del año 2016, en la que usted decía "estamos frente a un sistema de salud que no es otra cosa que la intermediación financiera para captar dinero de manera ilegitima".

Para allá es que voy. Porque entonces estos pacientes son supremamente bien atendidos y bien cobrados. Pero para las enfermedades generales básicas, lo que hay es negación de servicio. Tanto así que la Corte Constitucional le pidió al Ministerio, desde Gaviria, que hiciera un seguimiento a las negaciones y ni el Ministerio hizo el instrumento para eso, ni las EPS respondieron. Claro, decían:

“no, no estamos negando los servicios”.

Nosotros en la Federación Médica Colombiana y en la Comisión de seguimiento a la reforma de salud, hicimos una redefinición de qué es una negación. Y una negación es cualquier eventualidad que de parte del prestador del servicio de salud signifique que al final no se le presta el servicio a la persona. Por ejemplo: llamo al *call center* y no me contestan: me están negando el servicio; me contestan pero me dicen que no hay agenda: me están negando el servicio; me dicen que mi cita es para tal día y cuando llego me dicen que me la cancelaron: me están negando el servicio.

Ajá…

Entonces, fíjese que así como está, el sistema afecta la salud de la población y no funciona; pero en cambio, sí reciben una ingente cantidad de plata. Por cada persona se recibe 892 mil pesos, que es por la Unidad de pago por capitación (UPC), eso es lo que el sistema le paga a la EPS por una persona por año. Y la mínima cantidad de personas que puede tener una EPS para que pueda funcionar es de 100 mil personas. Entonces multiplique.

Esa es la compensación y de esa plata no tiene que devolver el 10% porque es lo que cobra por administración, que se convierte en patrimonio privado. El resto de plata debería ejecutarse en la prestación de los servicios, que es lo que no se hace. El sistema de salud colombiano es como un garito, de esos de las películas de Chicago, en donde en frente está la farmacia y dice “aquí vendemos medicamentos”, la gente va y le prestan un servicio de pipiriau, como decía mi mamá, y detrás de la puerta está el garito jugando los capitales, viendo dónde los pone en el mercado internacional. Y viendo cómo lo invierten en negocios que no están relacionados con la salud.

Mire, el sistema de salud es un sistema de captación financiera, con la disculpa de atender la salud de los colombianos sin que jamás lo hayan cumplido. Jamás ni nunca el gobierno ha tenido en cuenta el sector salud como un centro problemático, porque todos los informes que se dan sobre el sistema son de carácter financiero, más no de indicadores de salud.

¿Y entonces qué hay que hacer?

Contra ese tipo de sistema, que es un modelo fundamentado en el negocio del aseguramiento privado y todo lo privado tienen animo de lucro…pero no opera con una lógica que garantice el

derecho a la salud. Cuando el sistema empezó, existían dos entidades no privadas, sino públicas: que eran el Seguro Social y las Cajas de Previsión. Esas dos entidades, que eran grandísimas, como no tenían animo de lucro, jugaban un papel muy importante en la regulación de los precios del sistema. Pero el lobby de los aseguradores privados buscó que sacaran del sistema a esas dos instancias públicas que regulaban.

¿Qué pasó?

Pues recuerde la historia. El Gobierno nombró en las juntas directivas de ambas instituciones a personajes cuya función fue marchitar esas instituciones, degradarlas y darles un pésimo nombre ante la opinión publica. Para que a nivel del imaginario, como llaman los sociólogos, la gente dijera: "si, eso es una porquería y hay que cerrarlas". ¿Qué pasó inmediatamente después de eso? Todos los precios se treparon casi verticalmente porque ese acabaron esas reguladoras.

Entonces, ¿cuál es la propuesta?

Contra ese sistema, nosotros estamos proponiendo otro sistema. Uno que no sea basado en el negocio privado de aseguramiento y sin intermediación financiera. Porque no se necesita. Un sistema que tenga como soporte una gran estrategia de atención primaria en salud. ¿Qué quiere decir eso? Quiere decir que el sistema sale a buscar a la población y entonces establece qué población está sana, qué población está en riesgo de enfermarse y qué población está enferma. Y de acuerdo a cómo encuentre a su población, a cada una la va a dirigir o a los hospitales, o les hará tratamientos preventivos, etc.

¿De dónde sale la plata?

Bueno, las EPS no se necesitan, porque existe una distribución territorial que se llama territorios saludables. En dónde allí se trabajan por objetivos de mejoramiento en términos de salud. Con una participación comunitaria, del Gobierno nacional, de los sectores productivos, de los sindicatos, etc. De esa forma todo el mundo puede participar allí y es donde se definen las políticas sanitarias para cada territorio. Y eso se va a un Consejo Nacional que recibe toda esa información y diseña la política para el ámbito nacional.

Pero eso de nada sirve si no existe un sistema único de información de salud en todo el territorio nacional en tiempo real y accesible a todo el mundo. Para que las autoridades sanitarias, políticas locales, etc, puedan consultar eso y saber en qué está la situación. Y eso es posible hacerlo: el sistema bancario mueve millones de datos diariamente y está al día. Lo mismo el sistema de datos que funciona para los impuestos. Entonces que no nos vengan a decir que esa vaina no se puede. Claro, eso lo dicen las EPS porque cada EPS tiene su propio sistema de información privado. Pero es que un sistema de salud fragmentado, donde cada uno va por su lado, pues no funciona. Se le llama sistema, pero lo que hay es una plataforma de negocios financieros increíble.

Ese modelo que me está planteando implicaría, si le entiendo bien, una reforma a la ley 100…

No se necita una reforma constitucional porque nosotros logramos hace cinco años –y fuimos los médicos los que propusimos esa redacción– la Ley estatuaria de salud. La Ley 1751 de 2015. Y esa Ley estatutaria en el artículo primero dice: la salud en Colombia es un derecho fundamental. Y luego en el resto de artículos desarrolla eso mismo. Lo que falta es una ley ordinaria que reglamente la ley estatutaria y diga cómo se construye el sistema.

Ahorita estamos en una situación muy particular porque desde el Ministro (Alejandro) Gaviria hasta el Ministro actual, lo que han hecho es pisotear la Ley estatuaria y profundizado la Ley 100. Nosotros no queremos eso. Eso hay que desenmascararlo. El Ministro (Alejandro) Gaviria, muy bueno para unas cosas, pero supremamente hábil para mantener el modelo neoliberal de la Ley 100. Y eso es lógico y coherente con su ideología. Hay cosas en las que estamos de acuerdo con el ex Ministro, pero en eso no estamos de acuerdo.

¿Qué pasa con la Ley 100?

Le decía que esa Ley estatutaria, en la circunstancia actual, se podría, con las facultades extraordinarias –y este Presidente pasaría a la historia si tuviera la habilidad y viera esa oportunidades histórica de reglamentar por decreto la Ley estatuaria, pero en función constitucional de la Ley estatutaria, de lo que dice la sentencia C-313. Si Duque lo hiciera, pasaría a la historia como uno de los mejores presidentes del país.

Pero es que el Presidente ni siquiera consideró importante a la salud cuando se declaró el Paro Nacional del 21 de noviembre y nos tocó a nosotros los médicos pelearla. Pero nos estuvo tomando del pelo con eso: abrimos una mesa y se hablaba. Y estábamos en esas y vino el coronavirus…

Lo que hay que hacer es adelantar la reglamentación de la Ley estatutaria que se puede hacer por decreto reglamentario y lo otro a través de una Ley ordinaria. Nosotros queremos que cada vez más personas, parlamentarios, comunicadores y profesionales entiendan la importancia de esto y nos apoyen. Para lograr una ley que tumbe la ley 100. Que acabe con la intermediación financiera. Y que permita que los dineros de la salud vayan a donde debe ser. Que no permita que esos dineros públicos con destinación específica se conviertan en dineros privados.

Respecto de este sistema que usted me ha descrito, ¿ese sistema contemplaría la vinculación laboral del 100% de los médicos?

Lógico. Usted puede darle estabilidad a los médicos. No atenta contra tres leyes de la República. La ley 1429 de 2010, que en el artículo 69 dice que queda prohibido contratar al personal misional a través de tercerización o de manera informal. Esa ley la violan desde el Gobierno para abajo, porque los hospitales públicos tienen de manera informal a una buena parte de su personal. La ley 23 de 1981, que dice que los médicos trabajaran de forma digna y garantizándosele las condiciones laborales para que puedan ejercer su profesión de la mejor forma. Y la ley estatuaria de salud de 2015, que habla también de la dignidad en el trabajo médico.

Esto no es para que nos consientan. Es para que los médicos tengan condiciones dignas de trabajo. No puede ser que nos mantengan en la dicotomía de “les damos bioproteccion pero usted sigue sin seguridad social y sin trabajo estable”, no. Tiene que haber también trabajo estable y seguridad social. No es que estemos pidiendo privilegios, simplemente que se cumpla la ley. Además, somos la primera línea en esta pelea contra el virus.

En esa misma entrevista, hace cuatro años usted decía que “si no se reformaba el sistema de salud, lo que le esperaría al personal médico sería una tragedia”. Por su puesto ni usted ni nadie sabía del coronavirus y lo que se vendría. ¿El sistema, tal cual como existe ahora, es capaz de soportar la epidemia?

Yo quisiera equivocarme y quisiera que eso no llegara a pasar nunca. Es importante que antes de levantar la cuarentena, estudien las cifras lo más actualizadas posibles. Y que haya una buena programación del levantamiento parcial de la cuarentena. Porque de lo contrario, vamos a vivir una situación como la de Estados Unidos, España o Italia. Entonces no está preparado el sistema de salud en este momento.

La otra cosa: si usted consigue respiradores para las UCI, necesita preparar personal que sepa manejarlos. Porque de lo contrario pasa lo que llamamos los médicos: iatrogenia, es decir el manejo inadecuado, por falta de conocimiento, de un proceso de estos. Se requiere un personal altamente especializado.

Los epidemiólogos recomiendan tres condiciones para que se levante la cuarentena: que se aplane la curva, que se maximice la detección de casos mediante las pruebas diagnósticas y que el sistema de salud esté listo para atender los picos. Ninguna de estas se ha cumplido todavía y sin embargo el Presidente va a empezar a levantar la cuarentena a parir del 27. Sé que usted no es epidemiólogo, pero quiero saber opina de esta decisión del presidente…

Ninguna de las tres criterios se está cumpliendo. Lo que hay que plantear es que esa decisión –la del levantamiento de la cuarentena– es una decisión que se tiene que fundamentar en las matemáticas: aquí tenemos que trabajar con base a datos claros y precisos. Datos que nos indiquen, de una manera estadísticamente aceptable, qué cantidad se puede inferir de que la población general esté afectada. ¿Qué cantidad de población asintomática está afectada? Esta población juega un papel muy importante en la transmisión del contagio y en la progresión de la epidemia.

¿Lo que usted dice es que esas pruebas no se están haciendo?

Bueno, la alcaldesa Claudia López dijo que en Bogotá se iban a empezar a hacer esta semana las pruebas, que le habían llegado 200 mil pruebas y que la Universidad de los Andes había donado 100 mil o sea que habría 300 mil pruebas. Entonces deben estar haciéndose en este momento.

La otra cuestión es hacerle las pruebas a todo el personal sanitario. El otro punto necesarísimo para saber si se levanta la cuarentena es hacerle la medición de anticuerpos contra el coronavirus a las personas que se hayan enfermado y hayan salido adelante, los recuperados. O a las personas que

habiendo dado positivo, no se hayan enfermado pero haya pasado 15 días de dar positivo. Con eso sabemos qué cantidad de población está protegida contra el coronavirus y esa población funcionaría como el famoso efecto rebaño: la barrera que va a dificultar al coronavirus para que se propague.

Entonces…

Desde el punto de vista del muestreo, no se cumplen las condiciones. Yo entro todos los días a la página del Ministerio de Salud a ver dónde son los casos nuevos, etc, pero a veces hay inconsistencias con los datos y uno queda un poco dudoso.

Sobre la base de tener datos actualizados en tiempo real, eso le va a permitir a usted planificar lo que necesita. Y ¿qué necesita? personal que atienda, camas hospitalarias, camas de cuidado intermedio y camas para unidades de cuidado intensivo. De acuerdo con eso usted planifica cada nivel de atención y las UCI tienen que tener la monitoría completa. El personal idóneo y los respiradores

Según esto que me acaba de decir, de acuerdo a los datos en tiempo real, ¿la posición suya y de la Federación es que una cuarentena "inteligente" no es una buena salida?

Le repito, esa decisión tiene que estar basada en cifras y en la matemática. No basada en la opinión. En la ciencia se trabaja sobre la base de las evidencias, basado en la certeza y la probabilidad y contemplando la mayor cantidad de variables se toma una decisión muy responsable. Nosotros no decimos "no se puede levantar la cuarentena". Decimos "sí se puede levantar cuando se cumpla con esos criterios".

Respecto del decreto 538 y en especial del artículo 9, ustedes decían que los lineamientos no eran claros. ¿Les han aclarado esos lineamientos y los alcances del artículo 9?

No, ahí hay una confusión. Los lineamientos eran supremamente claros: nos obligaban a trabajar y el que no trabajara cuando fuera llamado se atenía a las consecuencias. Lo que le dijimos al Ministro fue: "Vea, Ministro, usted es médico, acuérdese. Todos nosotros hicimos un juramento individual, libre y autónomo en el que nos comprometíamos a estar al servicio de la población como elemento fundamental de nuestra profesión. Así que no necesitamos decretos. Eso sobra. Y además

no tenemos estabilidad laboral ni bioprotección".

Entonces el Ministro dijo que creía que habían pasado eso por alto en la redacción del decreto pero que no lo podían derogar. Entonces que lo iban a reglamentar y nos dijo que iba a hacernos llegar un borrador por la noche. Entonces la gente del Ministerio nos entregó un mamotreto de 35 páginas, fechado con el 7 de abril (siete días antes de la reunión). Entonces el Ministro no era claro y no estaba dando garantías ni confianza.

Lo otro fue que cuando se le planteó que tomaran los hoteles cercanos a hospitales, que tuvieran en cuenta poner habitaciones para el personal sanitario para descansar, cambiarse de ropa y prepararse para seguir trabajando. Y dijo que no, que eso no se podía hacer porque sería inequitativo. O sea que el hombre lo que demostró ahí fue la ignorancia de lo que significa la equidad, porque si él quiere un sistema equitativo, tiene que tener en las mejores condiciones mentales y de reposo a la gente que va a trabajar cuidando a los enfermos. Pero si no les dan ni siquiera un sitio dónde cambiarse...

Por esas tres razones nos levantamos del diálogo.

¿Cuales serían las condiciones para que se vuelvan a sentar a dialogar con el Ministerio?

Que haya seriedad y cumplimiento.

Antes de acabar, quisiera que evaluara el manejo que le han dado a la crisis estas tres personas: el Presidente, el Ministro de salud y la Alcaldesa de Bogotá.

El Presidente y el Ministro, erráticos.

La Alcaldesa, con mucha mayor seriedad, reflexión y capacidad de planificación. La veo más comprometida con la salud, que con la idea de ganar adeptos en programas diarios.

Me queda un par de preguntas pero sé que ya se tiene que ir. Muchas gracias por su tiempo.

Por curiosidad, ¿cuáles eran las dos preguntas que quedaban?

A ver...¿Qué cambiaría por los aplausos al personal médico?

Ah, eso es importantísimo. Que todos entendamos que tenemos miedo, sí, que tenemos miedo de enfermarnos y de morir. Necesitamos que el Gobierno lance una campaña educativa muy grande, distinta a lo que estamos viendo, una campaña pedagógica que sensibilice a la gente contra la estigmatización de los médicos. Porque es importante que se sepa que todo el personal sanitario, antes de salir del hospital, se lava las manos muy bien, se cambia la ropa…mejor dicho que se entienda que el personal médico no es una "rata contaminadora". Nosotros hemos dado nuestras vidas para servir en esto, así que por favor, a la gente pedirle que no sea reactiva contra el personal médico…

¿Y la otra pregunta cuál era?

Más allá de la caricatura, y si aceptamos la metáfora de Duque, cuando dice que esta emergencia por el coronavirus es un partido de fútbol y estamos en el medio tiempo, ¿cómo ve el segundo tiempo?

Es que en los partidos de fútbol no muere gente…

***

Santiago aparece por acá.

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

FORMATO APA 7ª EDICIÓN

de Narváez, S. A. (2020, 26 de abril). "El sistema de salud es un sistema de captación financiera": Presidente de la Federación Médica Colombiana. ¡PACIFISTA!. https://pacifista.tv/notas/el-sistema-de-salud-es-un-sistema-de-captacion-financiera-presidente-de-la-federacion-medica-colombiana/

FORMATO CHICAGO (NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA)

de Narváez, Santiago A.. «"El sistema de salud es un sistema de captación financiera": Presidente de la Federación Médica Colombiana». ¡PACIFISTA!, 26 de abril de 2020. https://pacifista.tv/notas/el-sistema-de-salud-es-un-sistema-de-captacion-financiera-presidente-de-la-federacion-medica-colombiana/

FORMATO MLA 9ª EDICIÓN

de Narváez, Santiago A.. "“El sistema de salud es un sistema de captación financiera”: Presidente de la Federación Médica Colombiana". ¡PACIFISTA!, 26 de abril de 2020, https://pacifista.tv/notas/el-sistema-de-salud-es-un-sistema-de-captacion-financiera-presidente-de-la-federacion-medica-colombiana/.

ACCESO ABIERTO

Derechos de ¡PACIFISTA! y de sus autores. Archivo histórico de consulta pública. Documento generado por el Centro de Memoria de ¡PACIFISTA! a partir de la pieza conservada en su archivo histórico. Se distribuye para consulta, citación, estudio e investigación. Verifique siempre la versión en línea, que es la fuente autorizada.