

La salud en Colombia:

ABRIENDO EL SIGLO... Y LA BRECHA DE LAS INEQUIDADES*

Esperanza Echeverri López

Resumen

Este documento traza un perfil actual de la situación de salud en Colombia de acuerdo con dos grandes líneas: la relación entre salud y condiciones de vida y su expresión en inequidades socio sanitarias. Para el efecto se analizan tres aspectos: la mortalidad; la enfermedad y la vulnerabilidad, entendidas como el riesgo de enfermarse y como deterioro de la calidad y condiciones de vida, con la consecuente pérdida o disminución del bienestar; así como algunos indicadores del sistema de prestación de servicios de salud. Los resultados muestran que los principales problemas de salud del país son las muertes violentas, responsables de la mayor mortalidad temprana, la pervivencia de inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud, y la vulnerabilidad de los niños, las mujeres, los jóvenes, especialmente de los más pobres, y de la población de la zona rural. Sugiere, además, que la puesta en marcha de la ley 100/93, no solo ha profundizado las inequidades, sino que ha generado nuevas desigualdades injustas y regresivas. Propone avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva incluyente y equitativa.

Palabras clave: inequidad socio sanitaria, vulnerabilidad, mortalidad temprana, carga de enfermedad, condiciones de vida, desigualdad, prestación de servicios de salud.

Abstract

This document outlines actual profile of the health situation in Colombia today following two main tendencies: the relationship between health and living conditions and, its expression in social sanitary inequities. For this will analyze three aspects: the mortality; the disease and the vulnerability –understood as the risk of getting sick and as the deterioration of the quality and living conditions, with the ensuing loss or decrease of wellbeing–; some indicators of the rendering of health services system.

The results indicate that the main health problems of the country are the violent deaths, responsible for the highest early mortality, the persistence of inequities in the health status, and in the access to health services and to the vulnerability of children, women, young ones –specially the poorest– and of the population in the rural areas. It also suggests that the onset of Statute 100/93, not only has it deepened the inequalities, but it has generated new unfair and regressive disparities. It proposes to advance over a fundamentally political task the collective construction of health as a matter of public interest, condition necessary for the re-foundation of the health system, in an inclusive and equitable perspective.

Key Words: social sanitary inequity, vulnerability, early mortality, load of disease, living conditions, disparity, rendering of health services.



1. Análisis de la mortalidad

Las cifras muestran que en Colombia la tasa de mortalidad general viene aumentando, al pasar de 440 muertes en 1995, a una estimada para el 2001 de 590, ambas cifras por 100 mil habitantes, y sobre un total de población calculada en ese último año, de 43.035.391 habitantes (Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud–Organización Mundial de la Salud, OPS–OMS, 2001)¹.

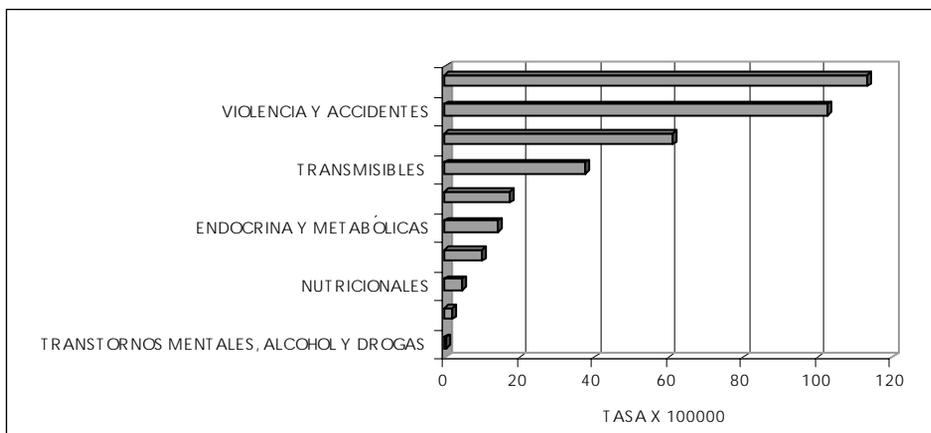
En el Gráfico 1 se observan las diez primeras causas de mortalidad en Colombia en 1998. Se presenta un análisis de la información más desagregada.

1.1 Muertes violentas

1.1.1 Homicidios

Se observa una tendencia al incremento en el volumen de muertes por causas violentas (homicidios, accidentes y suicidios), en las cuales los homicidios representan el mayor peso porcentual: entre 1986-1996 prácticamente se duplicó la tasa al pasar de 45.1 a 86.1 homicidios por 100 mil habitantes (Departamento Nacional de Planeación, DNP, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 1999, p. 25), y el promedio anual para la década fue de 25 mil muertes por esta causa (Franco, 2000, p. 5). “Para 1998 –según las estadísticas del Ministerio de Salud– la tasa de homicidios descendió a 60.1 por 100 mil” (Ministerio de Salud, OPS-OMS 2001).

GRÁFICO 1
MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS. COLOMBIA, 1998



Fuente: Dane, Archivo defunciones, cifras preliminares. Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud en Colombia. Publicado en: Informe ejecutivo semanal. Grupo de vigilancia epidemiológica. Diciembre 31 a enero 6 de 2001.

1 Pero la información presenta varias limitaciones: los estudios analíticos generalmente utilizan datos de 1995 ó 1998, el subregistro estimado es cercano al 25%, y la certificación institucional de la muerte disminuye con el estrato socio económico.



Un estudio realizado en el país, para el periodo 1985-1995 muestra, respecto a los homicidios, que la población más afectada han sido los hombres jóvenes, pero la información desagregada sugiere además una preocupante generalización de la violencia por esta causa que se extiende a las mujeres y a los niños: el mayor riesgo es para los hombres de 15 a 29 años, seguidos por los de 30 a 44 años, y aunque ellos “aportan” un millón de años de vida perdidos más que las mujeres – pues mueren diez veces más por esta causa que ellas– también en las mujeres jóvenes, de 15 a 29 años, el mayor riesgo de muerte es por homicidios, con un leve descenso a partir de 1994. A una edad tan temprana como la de 5 a 14 años, aparece la mortalidad por homicidios, para hombres y mujeres, entre los cinco primeros grupos de causas (Gallardo, Rodríguez, 1999, pp. 40-41 y 72).

1.1.2 Otras muertes violentas

Además de los homicidios, las muertes violentas incluyen los accidentes de tránsito, los suicidios, otros accidentes y la violencia indeterminada. Se observa una tendencia al aumento: para 1999 ascendieron, en cifras absolutas, a 36.947, (Álvarez, 2001, p. 120) y para el 2000, a 38000 (Sarmiento, 2001, p. 26). Por otra parte, se ha encontrado una relación inversa entre el estrato socio económico y la muerte violenta, aunque se asocia a la iniquidad, más que a la pobreza², en las zonas urbanas la mayoría de las muertes por esta causa provienen de los estratos 1 y 2. (Málaga *et al.*, 2000, p. 195).

2 Diversos trabajos plantean que en Colombia la iniquidad socio económica es un factor asociado a la violencia. Véase: Franco, A., Saúl, 1999, p. 17; Alameda, O., Raúl, 1999, p. 29; Sarmiento, A., Libardo, 1996, p. 73. La Organización mundial de la Salud en su “Informe mundial sobre la violencia y la salud” (2002, p. 27) sostiene lo mismo, como uno de los factores de riesgo de los conflictos violentos en el mundo.

Varios trabajos³ señalan la heterogeneidad y complejidad de la violencia en Colombia. Si bien, no hay relaciones unívocas, coinciden en varios factores, estructurales o coyunturales, propiciadores o potenciadores: la iniquidad en la distribución de la riqueza y de las oportunidades sociales y el bienestar; la exclusión de la vida política para amplios sectores de la población, el recrudecimiento del conflicto armado, la impunidad; y el narcotráfico en su doble dimensión de negocio ilegal y de despojo de la propiedad agraria. En esa vía, los datos señalan que en los departamentos con mayores tasas de homicidio (Antioquia, Caquetá; Guaviare, Casanare, Arauca, Risaralda y Valle) hay también fuerte presencia de actores armados, cultivos ilícitos y corrupción (DNP-PNUD, 1999, pp. 25-29).

El saldo en rojo para la salud y el desarrollo social es desolador y puede afirmarse que las muertes violentas constituyen el principal problema de salud del país: el estudio de Gallardo y Rodríguez, encontró que los años de vida saludable perdidos⁴ por homicidio, explican “*la ganancia prácticamente nula en la esperanza de vida al nacer, entre 1985-1995*”. Para el 2001, según el Ministerio de Salud, la diferencia en la esperanza de vida al nacer, entre hombres y mujeres es de seis años, en ellas es de 75.3 años, mientras que en aquellos es de 69.2 años.

1.2 Mortalidad por cáncer

El análisis de la mortalidad en el país entre 1985-1995, realizado por Gallardo y Rodríguez muestra que el cáncer desde edades tempranas (grupo de 5-14 años) para los dos sexos y para todos los grupos etáreos, está dentro de los cinco primeros subgrupos de causas de muerte, aunque ocupando distinto lugar.

3 Se refiere a los ensayos e investigaciones para Colombia mencionados en la cita anterior.



En las mujeres desde los 30 a los 59 años el cáncer en general, tiene mucho más peso como causa de muerte que entre los hombres. El estudio del DANE-OPS destaca la correlación entre pobreza y mortalidad por cáncer de útero, sumando más argumentos acerca de la asociación entre salud y calidad de vida.

1.3 Mortalidad temprana por Sida

Aunque todavía la infección por VIH-Sida no es muy representativa en el conjunto de la mortalidad, es preocupante por la alta letalidad, especialmente en hombres jóvenes de 30 a 44 años, pues es la cuarta causa de muerte por enfermedades transmisibles; así como por las tasas de incidencia, 20.5 por 100 mil habitantes para 1998, que ubicaban a Colombia en el cuarto lugar en América Latina, en el total de casos reportados; y finalmente por el generalizado deterioro de los programas de prevención y vigilancia epidemiológica en el país, en los últimos años. Dos indicadores en ese sentido son la reducción en casi 80% del gasto del Plan de atención básica (PAB) en prevención de enfermedades de transmisión sexual (González, 1999. Citado en: DNP-PNUD, 1999, pp. 96-98) y el hecho de que la información actualizada sobre incidencia, se reporte como “incompleta” en las cifras oficiales.

1.4 Mortalidad materna e infantil

En Colombia, las cifras muestran que estos dos indicadores han disminuido permanentemente en los últimos veinte años. No obstante, persisten desigualdades regionales

4 Un Avisa, es un año de vida saludable perdido por morir prematuramente, antes de la edad de esperanza de vida al nacer, o por vivir con discapacidad, aunque lo más frecuente es que combine ambos. Es la metodología propuesta por el Banco Mundial para las evaluaciones de costo-efectividad porque permite calcular el costo por año de vida recuperado o ganado.

que coinciden con las inequidades en la distribución del desarrollo socio económico del país. Por otra parte habría que estar alerta en la variabilidad de los dos indicadores mencionados –considerados trazadores del desarrollo– en los próximos años, frente al deterioro en las condiciones y calidad de vida del país a partir de 1998.

La *mortalidad materna* pasó de 89.8 por 100 mil nacidos vivos, en el periodo 1992-1996, a 71 en 1998, pero dieciséis departamentos superan el promedio nacional, y las tasas más altas están en la Orinoquia (141 por 100 mil n.v.), la región oriental (110.5), y la pacífica (105.6) (DNP-PNUD, 1999, p. 95; Minsalud, 2001). Similares desigualdades se observan en la atención institucional del parto por médico, cuyo promedio nacional aumentó de 71% en 1990, a 83% en 1999, pero en las mujeres sin educación apenas llega al 60%, y es inferior al 50% en el litoral Pacífico (Profamilia, 2000, p. 117).

La *mortalidad infantil* también ha descendido: de 35 por 1000 nacidos vivos en 1995, a 21, en el periodo 1995-2000. La Encuesta nacional de demografía y salud del 2000, cuantifica la disminución en 50% en los últimos veinticinco años. También aquí hay grandes desigualdades: mientras en la zona urbana es de 21 por 1000 n.v., en la rural es de 31, y en Guajira, César y Magdalena de 36.

Diversos trabajos destacan la fuerte asociación directa entre el nivel educativo de la madre y la mortalidad materna e infantil⁵. El Informe de desarrollo humano en Colombia para 1999, lo corrobora: para el periodo 1992-1996, los municipios con mortalidad

5 Una amplia documentación de reconocidas investigaciones alrededor del mundo que muestran esa asociación puede encontrarse en Sen (1999), pp. 233-249. El autor sostiene que el *empoderamiento* y la educación de las mujeres tiende a disminuir la mortalidad materna e infantil.



infantil superior a 51 por 1000 n.v., tuvieron mortalidad materna de 133.4 por 100 mil n.v., y esta última, llegó a 150, en mujeres con menos de cinco años de educación (DNP-PNUD, 1999, pp. 95-97).

Además de estas desigualdades, el deterioro de la calidad de vida en Colombia en los últimos años podría representar en el corto plazo un retroceso en estos dos indicadores tan sensibles a la desigual distribución de los beneficios del desarrollo: la pobreza por ingresos pasó del 50,3% en 1997, a 61,5% en el 2000 (Sarmiento, 2001, p. 29), una de las consecuencias de la crisis económica ha sido la restricción en el consumo familiar de alimentos (Fedesarrollo, 1999, p. 539), y aunque el acceso y desempeño de las mujeres en el sistema educativo ha mejorado, padecen mayor desempleo estructural y son más vulnerables a las crisis económicas.

Del lado de los servicios de salud, tampoco hay razones para ser optimista con esta disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil. Considerando las cifras que se presentan aquí, en las condiciones de vida, desde hace dos décadas no se ha modificado la tasa de fecundidad temprana; con el actual sistema de salud se han generado nuevas desigualdades en el acceso a los servicios, las cuales se suman a las no resueltas de tiempo atrás; hay un subregistro importante en la mortalidad materna e infantil, especialmente en zonas rurales y en regiones pobres; y una gran disminución en las coberturas de vacunación y en las acciones de promoción y prevención

1.5 Mortalidad y estratificación socioeconómica

Uno de los trabajos más representativos sobre la evolución de la situación de salud en Colombia (Yepes, 1990) ha planteado que en Colombia se asiste a un proceso de transición

epidemiológica, puesto que de las causas de enfermedad y muerte típicas de la pobreza –infecciosas, transmisibles e inmunoprevenibles– se transita hacia las del desarrollo –tumores, enfermedades cardio cerebro vasculares, y otras crónicas–.

Sin embargo las evidencias sugieren un perfil de morbilidad y mortalidad, bastante heterogéneo en el cual persisten simultáneamente las enfermedades de la pobreza y las del desarrollo, para todos los estratos sociales, pero en el que también transmisibles e infecciosas afectan más, y con mayor letalidad, a los más pobres, develando las desigualdades estructurales del desarrollo socioeconómico.

Un estudio de mortalidad, realizado por el Dane y la OPS, clasificó los municipios colombianos por estratos, de acuerdo al porcentaje de población pobre por necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁶ y encontró que, a menor estrato socio-económico, mayor mortalidad por infecciosas y transmisibles: más del doble que en los estratos más altos; la tuberculosis es responsable del 15,3% de las muertes en el estrato 1, y solo del 6,8% en el 6; la diarrea, lo es del 21,7% de la mortalidad del estrato 1, contra 10,2% en el estrato 6; y la desnutrición del 13,5% en el estrato 1, mientras que en el 6, es del 3,3%. La distribución de la muerte por regiones y por estas causas mantiene ese perfil de desigualdad, se concentra en los departamen-

6 Los municipios colombianos se estratificaron según el grado de pobreza, medido por NBI (este indicador evalúa, por hogar, las condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos, hacinamiento, inasistencia escolar y alta dependencia económica) Se expresa en un porcentaje de 0-100%, que va del menor al mayor grado de pobreza. Para 1995, en el estrato 1, se ubicaban los municipios con NBI entre 84%-100%; en el 2, los de 69%-83%; en el 3, los de 53%-68%; en el 4, los de 39%-52%; en el 5, los de 22%-38%; y en el estrato 6, los de 0%-21%.



tos más pobres: Chocó, Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Nariño, y los de la Orinoquia y la Amazonia.

En cambio, para las “enfermedades del desarrollo” hay una asociación directa entre el estrato socio económico y la mortalidad: los tumores explican 7,1% de las muertes en los municipios de estrato 1, y 14,6% de las de las localidades estrato 6; las cardio cerebro vasculares 17,4% de las del estrato 1, contra 27,6% en el estrato 6. De esta tendencia, se exceptúa el cáncer de útero, asociado a la pobreza, y que ocasiona 12,4% de las muertes por tumores en el estrato 1, y solo 6,5% de las del 6.

Pese a esa heterogeneidad, la característica más relevante de la mortalidad por estrato socio económico en Colombia es la inequidad. Así la muerte en los municipios y regiones más pobres, se comporta como hace medio siglo. El estudio citado concluye: “El perfil de mortalidad en los estratos 1 y 2, se parece al que caracterizó a Colombia en los

años 40 ó 50” (Dane-OPS 2000. Citado por Málaga, *et al.*, p. 195).

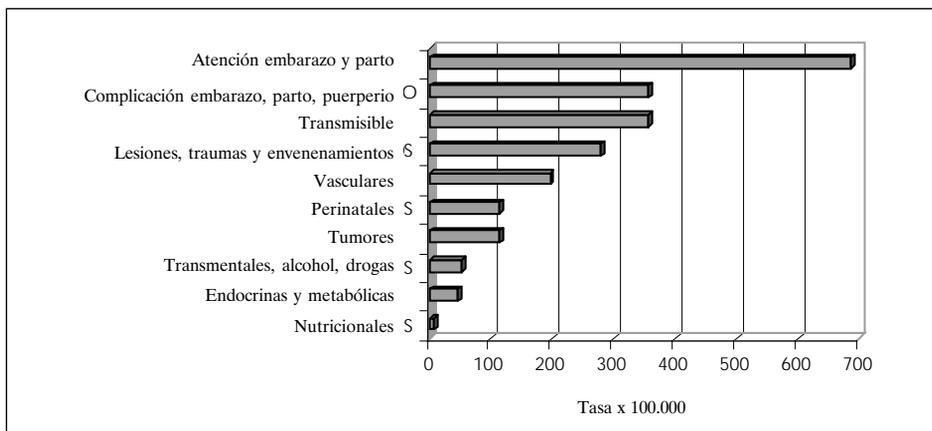
2. Enfermedad, vulnerabilidad y condiciones de vida

La relación entre enfermedad, vulnerabilidad, o riesgo de enfermar, y condiciones de vida se aborda aquí, mostrando en primer lugar, un perfil de los principales problemas según su peso para la carga de enfermedad; y en segundo lugar, las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos, en su doble dimensión de expresión de las inequidades sociales y de elemento determinante de la vulnerabilidad frente a la enfermedad.

2.1 Problemas de salud según la carga de enfermedad⁷

En el Gráfico 2 se observan las diez primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en Colombia, en 1997. Una mirada

GRÁFICO 2
MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS
COLOMBIA 1997



Fuente: Formulario SIS 110 Egresos Hospitalarios, Sector Oficial y Mixto. Cálculos Oficina de Epidemiología, Ministerio de Salud. Colombia, 1.997.

⁷ Con base en el trabajo de Gallardo y Rodríguez sobre carga de enfermedad en Colombia, expresa-



más desagregada, evidencia cuatro situaciones que dan cuenta del riesgo diferencial frente a la posibilidad de enfermedad, develando la vulnerabilidad de las mujeres y los niños y la “invisibilidad” de los problemas de salud mental en el país.

2.1.1 Invisibilización de las diferencias de morbilidad por género

Aunque las causas y su peso proporcional varían por sexo, especialmente por los riesgos de la edad reproductiva en las mujeres, el análisis general muestra que no hay diferencias sustanciales en la carga de enfermedad por género. Sin embargo las condiciones de vida, evidencian mayor vulnerabilidad y persistencia de injustas desigualdades de género para las mujeres. El grupo de 60 y más años es el más vulnerable a la enfermedad para hombres y mujeres.

2.1.2 Fecundidad temprana

En el grupo de mujeres de 15 a 44 años, la vulnerabilidad a enfermedades maternas aumenta, especialmente en las adolescentes, de 15 a 19 años, y en zona rural, por las tasas de fecundidad temprana. Estas no se modificaron sustancialmente entre 1975-1995, e incluso se incrementaron en el quinquenio 1995-2000: según la Encuesta nacional de demografía y salud, en el 2000, 19% de las adolescentes han estado embarazadas o han tenido partos, frente a 17%, reportado en la Encuesta de 1995.

da en los años vividos con “discapacidad” para el periodo 1985-1995 (1999), pp. 60-70. No se encontraron trabajos con cifras más recientes. La metodología de carga de enfermedad suministra una información desagregada –invisible en los datos globales– acerca del peso específico de una causa, o grupo de causas en el perfil de enfermedad y muerte; sin embargo adolece de los problemas de subregistro y calidad de las fuentes en las cuales se basa y no muestra las diferencias por estrato socio-económico.

2.1.3 Nuevos riesgos para la infancia

En el grupo de 0 a 4 años, la disminución de los índices de desnutrición protéico-calórica, de afecciones perinatales y de enfermedades transmisibles y parasitarias, ha reducido la vulnerabilidad y la carga de enfermedad. Sin embargo, preocupa el efecto de las tendencias recientes, ya mencionadas en el análisis de la mortalidad infantil: la restricción en el consumo familiar de alimentos, consecuencia de la crisis económica; y el abandono o ejecución asistemática, a partir de la puesta en marcha de la ley 100 de 1993, de las acciones de salubridad pública, vigilancia epidemiológica y programas de vacunación, sumados al aumento de la pobreza y al hecho de que el ritmo de disminución de la tasa de mortalidad infantil del país se ha hecho más lento. Por ejemplo, en el Cuadro 1, se observa la pérdida gradual de coberturas de vacunación, las cuales, para algunas enfermedades inmunoprevenibles, hace una década alcanzaban cifras cercanas e incluso superiores al 90%.

2.1.4 Lesiones no intencionales y los trastornos neuro siquiátricos en adultos

En los adultos, las lesiones no intencionales pesan más en las mujeres y una quinta parte de la carga de enfermedad en ellas se debe a las patologías músculo esqueléticas. En el caso de los hombres los trastornos neurosiquiátricos, representan el doble de años perdidos respecto a los de las mujeres por la misma causa. Los datos sugieren la importancia creciente de los problemas de salud mental como causa de enfermedad en el país.

Este perfil pone de presente que las acciones de salud pública, los programas de salud mental y el embarazo en adolescentes, son tres prioridades frente a las cuales poco se está haciendo en el país y deberían en todo



CUADRO 1
TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES
Y COBERTURAS DE VACUNACIÓN. COLOMBIA

Enfermedad	1997			1998			1999			2000▲
	Casos	Tasa	Cobertura	Casos	Tasa	Cobertura	Casos	Tasa	Cobertura	Cobertura
Sarampión (casos sospechosos)	667		89%	709		86%	1686		89%	
Rubéola	1991	4.7*		1906	4.7*		974	2.3*		79%
Meningitis por Haemophilus I	334	0.8**		306	0.7**		163	0.4**		
Tosferina		1.0**	80%		0.7**	73%		0.8**	67%	78%
Hepatitis B	792	2.0**	79%	1354	3.3**	84%	1490	3.6**	70%	79%
Parálisis fláccida	183	1.4***		180	1.3***		190	1.4***		
Tuberculosis	8042	21.5**	95%	9155	22.5**	76%	10429	25.1**	69%	90%

* Tasa por mil habitantes.

** Tasa por cien mil habitantes.

*** Tasa por cien mil menores de 15 años.

p: Información disponible solo para menores de un año.

Fuente: Ministerio de Salud. Subdirección de Promoción y Prevención.

caso abordarse en el marco de reformas estructurales de política social.

2.2 Condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos

La información que se presenta en esta sección, pretende documentar la relación entre salud y condiciones de vida. En Colombia ser habitante de la zona rural, ser joven, ser mujer y pertenecer a una minoría étnica y si además se es pobre, representa una clara desventaja ante la vida y probablemente –aunque no se dispone de información específica y desagregada en salud– una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad y la muerte evitables. Desde ésta perspectiva las desigualdades socio sanitarias reflejan la deuda social acumulada del desarrollo y la orientación y resultados de las políticas sociales en Colombia.

2.2.1 Población rural: entre la guerra, la pobreza y la falta de oportunidades

- Las condiciones de vida de la población rural se enmarcan en la asociación per-

versa entre pobreza-violencia e iniquidad. La pobreza por ingresos en 1997 era del 78,7% sin variaciones positivas en los últimos veinticinco años (Sarmiento, 1996, p. 81; Gómez, 1998, pp. 121-134) y de la población colombiana en situación de miseria, 37% (proporción que además aumentó respecto a 1980, cuando era del 22%) está en zonas rurales y afecta principalmente a población negra e indígena y a los departamentos de Chocó, Magdalena, Córdoba, Sucre y Cauca

- Las desigualdades en las oportunidades educativas y en los ingresos profundizan la pobreza estructural. Aunque la cobertura en educación básica y secundaria rural ha aumentado a 83% (1998) y 43% (1997), respectivamente y la deserción ha disminuido; entre las razones de inasistencia pesa mucho la falta de recursos económicos, en 38% para la primaria y en 46% para la secundaria. Las oportunidades de movilización social ascendente son casi nulas porque la cobertura de educación superior solo llega al 4%, las tasas de analfabetismo son cercanas al 20% y el PIB de los habitantes rurales es



apenas 50% del de los urbanos y se incrementa menos (DNP-PNUD, 2000, pp. 67-71).

- La posibilidad de ser propietario es restringida y para quienes lo logran es alto el riesgo de despojo. El coeficiente de Gini⁸ de distribución de la tierra era de 0.71 en 1996 (Bernal, 1999, p. 14) y 1,3% de los propietarios posee 48% de la tierra (Yepes, 2000, p. 155). Esta iniquidad está asociada con la compra de tierras por narcotraficantes en 42% de los municipios colombianos (Reyes, 1995). Citado por Bernal, 1999, p. 15) y al desplazamiento forzado pues del total de desplazados, 61% eran pequeños propietarios y la expulsión ocurre en zonas estratégicas de futuro desarrollo económico o de disputa por el dominio territorial entre actores armados. Pero además las mujeres rurales están prácticamente excluidas de la propiedad y del acceso al crédito (Yepes, 2000, p. 156).
- La población rural no solo tiene precaria calidad de vida, sino que vive menos. En 1997 la esperanza de vida era de 1.8 años menor que la urbana (DNP-PNUD, 2000, p. 5).
- Modificar esta situación pasa necesariamente por una reforma agraria redistributiva, proyecto aplazado sistemáticamente en el siglo XX, y por los avances en la negociación del conflicto armado.

8 El coeficiente de Gini es un indicador que permite medir la concentración, en este caso de la riqueza, uno de cuyos indicadores es la tenencia de la tierra. El Gini es un indicador de equidad que varía entre cero y uno, donde la equidad plena significaría un Gini de 1 y la iniquidad extrema una cifra de 1. En ese orden de ideas un aumento en el coeficiente de Gini indica un empeoramiento en la concentración de la riqueza y en el ejemplo citado significa gran concentración, por tanto gran iniquidad, en la distribución de la propiedad de la tierra.

2.2.2 Los jóvenes: entre la violencia, el desempleo y la fecundidad temprana

La violencia, el desempleo o el empleo precario asociado al bajo nivel educativo y a la fecundidad y conformación temprana de un nuevo hogar, y el consumo de drogas y de alcohol son las principales características de las condiciones de vida de los jóvenes: mujeres, y con mayor magnitud, hombres, de entre 15 a 29 años, ponen la cuota más alta de mortalidad temprana por homicidios; el desempleo urbano para los jóvenes, hasta los 17 años, que buscan trabajo, ascendió de 26% en 1991 a 33% en 1998, la edad promedio de los desocupados urbanos es de 27 a 29 años y de los rurales es de 24 a 28 años, y para quienes trabajan, la calidad del empleo ha bajado (DNP-PNUD, 2000, pp. 124-127) Del conjunto de los jóvenes los más afectados son las mujeres y los pobres

- La situación laboral está asociada con el bajo nivel educativo y con el abandono de los estudios por presión socio económica, por fecundidad temprana y conformación de un nuevo hogar. El 46% de los jóvenes urbanos y 73% de los rurales no superan el nivel educativo de sus padres ni alcanzan “el capital educativo básico”; así son muy limitadas las posibilidades de movilidad social ascendente pese a que el país ha avanzado en las coberturas de educación primaria y secundaria. Por eso, en 1998 el grupo más joven de ocupados no percibía, en ningún departamento salarios superiores al mínimo (DNP-PNUD, 2000). Para las cuatro principales ciudades colombianas, en los estratos bajos, a diferencia de los altos, los jóvenes tienden a conformar hogares más rápido –recuérdese las tasas estables de fecundidad temprana en el país– y solo 1,4% de los jefes de hogar tiene educación superior completa (Fedesarrollo, 1999, pp. 47-48)



- Por otro lado, tabaquismo y consumo de alcohol son problemas serios entre la población de 12 a 17 años. De los entrevistados en la Encuesta de calidad de vida de 1997, 72% había consumido alcohol, y 19% había fumado alguna vez en la vida y 13% lo hacía regularmente. Abuso de drogas y alcohol afectan al 7% de los hogares en el quintil más pobre frente a 3% de los del quintil más rico (Citado en DNP-PNUD, 2000 p. 95).

2.2.3 Las mujeres: la persistencia de la discriminación

Las cifras que aquí se presentan muestran que en Colombia, las mujeres viven más, pero con menor calidad de vida y mayor discriminación. Ellas han accedido más a la educación pero están más desempleadas, ganan menos que los hombres y en los últimos quince años, empiezan a morir por homicidios y a sufrir el desplazamiento forzado producto de una violencia que ha sido esencialmente masculina.

En salud, además de la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes, la mortalidad materna continúa siendo alta comparativamente con la de otros países de América, subregistrada, con grandes desigualdades regionales, y fuertemente asociada al nivel educativo.

Según un estudio del investigador Mauricio Perfetti (DNP-PNUD, 2000, pp. 113-119), en el ámbito educativo hay mayor matrícula escolar, mejor rendimiento académico y menor deserción en las mujeres que en los hombres, sin embargo padecen mayor desempleo estructural y son más vulnerables a las crisis económicas.

Cuando acceden al empleo, la discriminación es evidente, los ingresos de los hombres superan en 28% en promedio a los de las mujeres y solo entre 11 y 16% de esa di-

ferencia puede ser explicada por el “capital humano acumulado”, o sea que entre 84% y 89% del diferencial está asociado a factores de discriminación. Pero además, a pesar de que la participación de las mujeres en el ingreso laboral urbano ha aumentado en casi nueve puntos porcentuales entre 1991 y 1997, los hombres continúan recibiendo más del 60% del total de dicho ingreso. Este patrón se mantiene e incluso se profundiza en las épocas de recesión y es más desigual en la zona rural donde los hombres reciben cerca del 80% del total de ingresos, frente a una participación del 72%.

El nivel educativo, esencial en el enfoque de “capital humano” y en las políticas de ajuste, no ha representado proporcionalmente mejor ingreso o menor discriminación, entre 1991-1998, el tiempo de educación promedio urbana de las mujeres aumentó casi en un año de escolaridad (0.82) pero el salario promedio solo lo hizo de 2 a 2.3 salarios mínimos. En el sector servicios, constituido en 54% por empleo femenino, se observó entre 1991-1995, que éstas a pesar de tener un nivel educativo por encima del promedio en área urbana, percibían salarios inferiores a la media nacional.

La superación de la discriminación requiere además de un modelo de desarrollo diferente al actual, políticas con perspectiva de género y transformaciones culturales de largo aliento.

3. El sistema de prestación de servicios de salud

Desde 1993 y respondiendo a una nueva concepción de política social, inscrita en la transición hacia un modelo de desarrollo neoliberal, se diseñó en el país el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual se puso en marcha en 1995 y 1996.



Su estrategia central se refiere al aseguramiento universal, para acceder a un Plan obligatorio de servicios igualitario, pretendía resolver dos de los grandes problemas del sistema anterior: la segmentación –sistemas diferenciales de servicios para los distintos grupos de población– y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, debidas principalmente, a barreras económicas.

La perspectiva que acá se muestra es que el balance hoy es devastador, los objetivos no solo no se han cumplido, sino que no son viables porque las dificultades que enfrenta el Sistema están ligadas fundamentalmente a la concepción de política social y de transformación del mercado laboral, inherentes al nuevo modelo de desarrollo, el cual, pese a las alarmantes cifras oficiales de deterioro de la calidad de vida y de empobrecimiento de la población, se ha profundizado desde 1997-1998.

En ese orden de ideas se toman las coberturas de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, y el gasto de bolsillo en salud, como indicadores de las inequidades en la prestación de servicios de salud, y se plantea que las crónicas desigualdades en salud del país no solo se mantienen en el Sistema, sino que la generalización de una lógica mercantilista como criterio prioritario de atención ha generado nuevas desigualdades.

3.1 Coberturas de aseguramiento: retroceso, exclusión, y negación de la universalidad

La meta del Sistema era la de universalizar en un periodo de siete años y hacia el año 2001, un seguro de salud que garantizara un paquete igual de servicios, Plan obligatorio de salud (POS), para toda la población. Para el efecto se crearon dos regímenes, el subsidiado para la población más pobre y sin capacidad de pago estimada en 30% para el 2000, financiado por el estado y por los tra-

bajadores cotizantes de más altos ingresos; y el *contributivo*, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia, 70% al 2000. En ambos regímenes, los usuarios, según su clasificación económica y la frecuencia de uso, realizarían copagos por la utilización de los servicios del POS, para contribuir a la racionalidad y sostenibilidad financiera del Sistema.

En esos siete años de la transición, entre 1994 y 2000, la población se adscribiría progresivamente a uno de los dos sistemas de aseguramiento, esto sería posible no solo por el aumento significativo de recursos financieros y de los aportes estatales para la salud, sino también porque se preveía un comportamiento macroeconómico de crecimiento positivo o de sostenibilidad de la economía, el empleo, la afiliación y los ingresos reales de los trabajadores.

Mientras tanto, la población no asegurada, recibiría atención pagando una parte de su propio bolsillo a tarifas establecidas y el resto con cargo a los recursos públicos (subsidio a la oferta). Éstos últimos, irían transformándose, a medida que la población fuese incluida en el aseguramiento, en subsidio a la demanda. (ley 100/93. Citado por Echeverri, 1998, pp. 21-35).

3.1.1 Retroceso en la cobertura de aseguramiento

Se observa con claridad a partir de 1999 y se expresa en disminución para el régimen contributivo y en estancamiento para el subsidiado (Cuadro 2). Para el régimen subsidiado, además de que las cifras de pobreza sobre la que se calcula la cobertura, “invisibilizan” a otros pobres, los sistemáticos recortes a los dineros para la salud (por ejemplo con el acto legislativo 01 y con la ley 715, ambos del 2001) sumados a la política de más recursos para la guerra, y al incremento de la pobreza y el desempleo (61,5% de los co-



CUADRO 2
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA EN LOS RÉGIMENES SUBSIDIADO
Y CONTRIBUTIVO DE SALUD EN COLOMBIA

Años	1994		1997		1999		2000	
	No.	% P.T	No.	% P.T	No.	% P.T	No.	% P.T
Población total	37'849.150 (1)	-	40'064.093 (1)		41'540.671 (3)		42'299.403 (3)	
Afiliados al régimen subsidiado	Nd	-	7'845.602 (2)	19.6%	9'325.832 (3)	22.4%	9'510.566 (3)	22.5%
Afiliados al régimen contributivo	12'070.536 (2)	-	14'969.278 (2)	37.4%	13'652.878 (3)	32.9%	13'245.836 (3)	31.3%
Total asegurados	Nd	-	22'814.880	57%	22'978.710	55.3%	22'756.402	54%
Población sin asegurar	Nd	-	17'249.213	43%	18'561.961	44.7%	19'543.001	46%

Informes del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Año 2000-2001.

Nd: Información no disponible.

Todos los porcentajes se calcularon con base en la población total.

Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001.

Fuentes: Dane. Colombia Estadística.

lombianos eran pobres por ingresos y la tasa de desempleo iniciando el 2002 era del 20%), sugieren que en el escenario más optimista la cobertura de aseguramiento del régimen subsidiado, a duras penas se mantendría, pero los hechos hoy en día apuntan más a la disminución en el corto plazo.

En el régimen contributivo, las coberturas disminuían a medida que aumentaba el deterioro del mercado laboral, como lo confirman los indicadores entre 1996 y 1999, el desempleo de larga duración (más de seis meses de búsqueda) pasó de 44,4% a 56,4%, el subempleo de 17,3 a 28,3%, los ocupados asalariados de 64,4% a 56,4%, y los trabajadores independientes, la mayoría de baja calificación, aumentaron de 35,6% a 46,3% (Restrepo, M.I., 1999).

El deterioro ha continuado, pues al terminar el 2000, la tasa de desempleo abierto era del 21%, la informalidad llegó al 60% de los ocupados, y el ingreso promedio anual descendió en más de 100 dólares, de 2.158 dólares, en 1994, a 2.043 dólares en el 2000 (Sarmien-

to, 2001, p. 29). No hay evidencias para pensar que la situación se va a modificar.

3.1.2 Exclusión

Esta se configura al menos por tres vías: en primer lugar, la selección de la población pobre beneficiaria del régimen subsidiado no considera las reales cifras de pobreza del país; en segundo lugar, y de acuerdo con la lógica de la focalización no todos los que allí están asegurados, deberían estar; y en tercer lugar, los vinculados cada vez son más numerosos y tienen menos posibilidades reales de aseguramiento.

Las cifras muestran que la pobreza por NBI, que traía una tendencia descendente continua, se ha estancado en el país desde 1997, en una cifra cercana al 37%, mientras que la pobreza por ingresos, o línea de pobreza (LP)⁹, se ha incrementado sistemáticamente.

⁹ La pobreza por NBI está asociada a la disponibilidad de servicios públicos, calidad de la vivienda, hacinamiento, asistencia escolar de los niños y



te desde el mismo año, hasta llegar en el 2000, al 61,5% (Sarmiento, 2001, p. 29). La población base para cobertura de aseguramiento por el Consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS) es la población contemplada en la NBI.

Es así como para el 2000, el total de población pobre por NBI, era de 15.905.560, de la cual solo 9.510.5666, (59,8%) estaban afiliadas al régimen subsidiado (Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, 2001); mientras 26.014.133 personas estaban por debajo de la línea de pobreza. La diferencia entre uno y otro método de medición de pobreza representa 10.108.573 de colombianos pobres e “invisibles” para la política de salud.

Si bien, no es posible establecer cuantos de estos últimos pudieran estar asegurados en el régimen contributivo, lo que interesa señalar con las cifras es que la estrategia de focalización, adoptada a través del Sistema de información y selección de beneficiarios (Sisben), subestima la magnitud y heterogeneidad de la pobreza en Colombia, y esto deviene en políticas sociales reduccionistas y excluyentes. Esa es una de las razones por la cual en el régimen subsidiado “no están ni estarán todos los que son”.

“Tampoco son todos los que están”, pues diversos trabajos, así como las denuncias de los usuarios han señalado que algunos alcaldes han afiliado personas que no son tan pobres y con enfermedades de alto costo, para evadir su pago con los cada vez más escasos dineros del municipio, o del subsidio a la oferta (Centro de Investigaciones Económicas Universidad de Antioquia, CIE, 2001); asimismo los caciques políticos han utilizado con criterio clientelista la afiliación al régimen subsidiado.

dependencia económica. La pobreza por ingresos está asociada a la calidad del empleo, al desempleo y a la posesión de activos.

3.1.3 Negación de la universalidad

La situación descrita, explica porqué el aseguramiento universal no es viable, y no puede serlo en un contexto macroeconómico y de política pública que ha profundizado el deterioro de la calidad de vida. Hoy, por lo menos, 46% de la población colombiana no está asegurada.

Además aparece un gran interrogante acerca del que reiterativamente se ha señalado como el principal logro del Sistema cual es el aseguramiento de los más pobres, ya que las propias cifras oficiales (DNP-PNUD, 2001, p. 107) muestran que son más los excluidos que los incluidos, pues 56% y 63,15% de la población de los deciles 1 y 2, respectivamente, no está asegurada (Cuadro 3).

3.2 Acceso a los servicios de salud: antiguas y nuevas inequidades

La equidad en salud abarca un amplio campo que va desde la justicia social y los derechos y su expresión en el ámbito sanitario, los resultados en salud, el financiamiento y el acceso a los servicios. Aquí se analiza esta última dimensión por dos razones, porque uno de los argumentos más fuertes de los ideólogos de la reforma colombiana era el de que el aseguramiento removería las barreras de acceso a los servicios, especialmente las económicas que históricamente caracterizaron al Sistema de salud. También porque aunque la literatura sobre el tema advierte que los servicios inciden en forma limitada, pero importante, en los resultados en salud, ya que es más determinante la relación con las condiciones de vida, son aquellos los que concretan una de las dimensiones más importante del derecho a la salud, cual es el derecho a la asistencia sanitaria.

La equidad en el acceso a los servicios de salud, tradicionalmente se ha definido como



CUADRO 3
ASEGURAMIENTO POR DECILES DE POBLACIÓN. COLOMBIA 2000

Aseguramiento población pobre				
	Inclusión / exclusión población pobre (2000) **			
	Decil	Población	Afiliados	No afiliados
Población pobre afiliada (2000)*	1	4.082.111	44%	56%
NBI: total población: 15.905.560 (37.6%)	2	3.944.353	36.85%	63.15%
R. Subsidiado: p. NBI. Asegurada: 9.510.566 (59%)	3	4.031.969	38%	62%
Lp. Total población: 26.014.133 (61.5%)	4	3.980.476	45%	55%
Población pobre por LP asegurada: ¿?	5	3.997.369	46.27%	53.73%
Diferencia LP/NBI: 10.108.573	6	4.332.465	49.78%	50.22%
Total		24.368.743	10.576.410	13.792.333

Fuente: *Informe Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Sarmiento, L (2001):29.

** Desarrollo Humano Colombia 2000 (2001): 107.

la utilización efectiva de servicios, con base en la necesidad de atención, e independiente de la capacidad de pago (Aday, Andersen, 1980). Paradójicamente, es el mismo concepto utilizado en los estudios de quienes han defendido el modelo de reforma colombiana. (Castaño, *et al.*, 2001; Céspedes, *et al.*, 2000).

Una revisión de investigaciones realizadas en el país sobre los resultados de la ley 100/93 (Echeverry, 2001), muestra que la utilización efectiva de servicios –acceso real– no se ha modificado sustancialmente. Otras evidencias, entre ellas los testimonios de los usuarios (CIE, 2001), señalan que las barreras económicas siguen siendo el mayor obstáculo para obtener servicios, y que han aparecido nuevas barreras generadas por aseguradores y prestadores.

Antes de la reforma, los estudios nacionales más representativos coinciden en que la razón más importante para no utilizar servicios era económica. En la Encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud, realizada entre 1986 y 1989, los motivos para no consultar al médico eran el costo, la demora en la atención y la inaccesibilidad geo-

gráfica, y tanto en la Encuesta nacional de hogares, como en el estudio del economista Juan Luis Londoño, *et al.*, ambos de 1992, las razones económicas para no asistir a los servicios, ante una necesidad identificada, varían entre 50 y 55% de los casos.

Después de la reforma, las evidencias sugieren que las barreras económicas se mantienen en primer lugar. Cerca de la mitad de 47,5% de la población de los estratos 1 y 2, en nueve ciudades colombianas no utiliza servicios, aduciendo en 66% razones económicas (Mineducación-Universidad Javeriana, 1995, Céspedes, *et al.*, 2000) sugieren que los copagos y las cuotas moderadoras podrían estar restringiendo el acceso, y la Encuesta nacional de demografía y salud (Profamilia, 2000) afirma que la falta de dinero es la razón de no uso de servicios en 51% de los casos.

La probabilidad de utilización de servicios para los más pobres, tampoco se modificó sustancialmente, entre 1993 y 1997 (Cuadro 4) en el primer quintil de población (Castaño, *et al.*, 2001, p. 29), mientras que la proporción que no demandaba servicios para ese mismo quintil y periodo, disminuyó en



14% para 1997, pero tiende a aumentar en el 2000, año en el cual el acceso se vuelve más inequitativo, en tanto hay mayor declaratoria de enfermedad en la población pobre, pero quienes reciben más atención son los ricos (DNP-PNUD, 2001, p. 114).

Los testimonios de los usuarios van en la misma vía, pero además plantean que han aparecido nuevas barreras de acceso a los servicios. Los usuarios del régimen subsidiado relatan negación o trabas para recibir atención, especialmente para enfermedades de alto costo, o para los niveles de mayor complejidad, y restricción de uso –utilización parcial de servicios– por la falta de dinero para asumir los copagos en las consultas y exámenes especializados, y en los medicamentos. En otros casos, los aseguradores, desestiman la utilización de servicios con la exigencia de trámites, o con la ubicación de los prestadores en zonas distantes para el usuario (CIE, 2001).

Todas estas evidencias demuestran que el aseguramiento no garantiza el acceso a los ser-

vicios ni ha removido las barreras económicas, históricamente las mayores generadoras de inequidad en el acceso a los servicios de salud en el país, incluso hoy hay otras nuevas, que posiblemente aumenten las desigualdades.

Por otro lado, diversos trabajos (Defensoría del Pueblo, 2000; ENH, 2000; DNP-PNUD, 2001) coinciden en señalar que la situación de los vinculados es la más crítica, deben asumir costos altos para obtener atención, de allí que la utilización que ellos hacen de la consulta médica y odontológica haya disminuido entre 1997 y el 2000, mientras su gasto de bolsillo se ha incrementado.

3.3 Gasto de bolsillo en salud

Representa los pagos que los hogares realizan directamente a los proveedores de servicios de salud, no incluye los aportes obligatorios al Sistema de salud, como son los impuestos a la nómina ni los pagos por seguros privados de salud. Se le considera una de las fuentes

CUADRO 4
INDICADORES DE EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA. COLOMBIA

Indicador	Años		
	1993	1997	2000
*Declaratoria enfermedad, <i>versus</i> . Atención	Mayor enfermedad Pobres	Mayor enfermedad y atención en ricos	Mayor enfermedad pobres. Mayor atención en ricos
*No demanda servicios en caso de enfermedad	Q1 37.1% Q2 26.8% Q3 13.2%	Q1 23.3% Q2 25.5% Q3 20.8%	Q1 27.3% Q2 23.4% Q3 19.18%
** Probabilidad utilización servicios	Q1 0541 Q2 0678 Q3 0812	Q1 0587 Q2 0672 Q3 0822	ND
Total			

Fuente: * Desarrollo Humano Colombia 2000 (2001):DNP-PNUD.

** Castaño, R.A *et al.*, Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud (2001).



más inequitativas de financiamiento de un Sistema de salud (Castaño, *et al.*, 2001, p. 6).

Dos estudios recientes, indagaron el gasto de bolsillo en salud en Colombia, calculando la diferencia entre el coeficiente Gini de concentración del ingreso y el coeficiente de concentración del pago del servicio, para construir un indicador de progresividad del gasto de bolsillo en salud (índice de Kakwani) y aunque los resultados difieren, ambos coinciden en el carácter regresivo porque los pagos directos promedio han aumentado para los hogares del quintil más pobre (Castaño, *et al.*, 2001, p. 30), o porque la regresividad ha retornado a los niveles de 1993 (DNP-PNUD, 2001, p. 119).

Estos resultados representan una profundización de la iniquidad en el derecho a la asistencia sanitaria. Hoy precisamente cuando los índices de pobreza y desempleo alcanzan cifras aberrantes, la población pobre que más se enferma, es la que paga más por recibir menos servicios.

Conclusiones

En las causas de enfermedad y muerte del país, predominan más que la transición epidemiológica, un perfil de heterogeneidad estructural, en tanto se combinan desigualmente las “enfermedades de la pobreza”, con “las enfermedades del desarrollo”, pero en el cual es muy fuerte la expresión de las inequidades sociosanitarias que de tiempo atrás han caracterizado al Sistema de salud colombiano.

Los problemas más relevantes hoy son la alta y temprana mortalidad por homicidios y violencia, que aunque afecta predominantemente a la población masculina joven, empieza a aparecer con un peso importante en otros grupos etáreos; la persistencia de desigualdades, entre regiones del país, en-

tre zona urbana y rural y de género; el deterioro en las condiciones de vida se ha profundizado en los últimos años; y la gran vulnerabilidad de los jóvenes, las mujeres y los habitantes de la zona rural.

La última reforma a la salud en Colombia implantada en los años noventa, no logró superar las crónicas inequidades y exclusiones del Sistema de salud colombiano. Concluido en la actualidad el periodo de transición, la universalidad en el aseguramiento y la homologación de los planes de beneficios, son promesas incumplidas, e imposibles de concretar en medio de políticas de ajuste, de mercantilización de los servicios de salud, y de profundización de las políticas sociales de corte neoliberal. Un gran interrogante se dibuja sobre el que se ha mostrado como el principal logro de la ley 100/93, cual es el del aseguramiento de la población pobre, pues las cifras oficiales indican que para el año 2000, 56 y 63% de la población de los deciles 1 y 2, respectivamente, no está asegurada.

Por otra parte, el aseguramiento en salud no significa acceso real o utilización efectiva de servicios ni remoción de las barreras económicas, como lo plantearon los creadores e impulsores de la ley 100/93. Hoy la población, especialmente la más pobre, gasta más en salud y los afiliados del régimen subsidiado reciben un plan de beneficios, con 30% menos servicios que los del régimen contributivo (Hernández, 2000). Para la población no asegurada –vinculada– las inequidades son mayores, son los que más han disminuido la utilización de servicios y los que más han aumentado el gasto en salud.

Abordar integralmente la transformación de la situación de salud del país requiere actuar en doble perspectiva, la construcción de un modelo de desarrollo alternativo, y en



ese contexto, de un nuevo sistema de Salud, ambos orientados a redimensionar las políticas sociales y la equidad, colocándolas, en vez del crecimiento económico, como ejes de la agenda del desarrollo. Equidad y política social entendidas como la igualdad de oportunidades para todos y la garantía de derechos universales, para desplegar las capacidades y libertades individuales que concreten los proyectos plurales de “vida buena” de los grupos humanos (Sen, 1999), y no como acciones asistenciales, residuales y subsidiarias al crecimiento económico y con el criterio de sostenibilidad financiera.

En esta vía han empezado a debatirse desde hace un tiempo en el país, en diferentes escenarios y espacios académicos y políticos (Cumbre contra la pobreza y por la equidad en 1998, I Congreso nacional por la salud en el 2001, por citar algunos ejemplos) propuestas alternativas que implican un reto técnico significativo, pero sobre todo una tarea política sistemática, compleja y de largo aliento en el escenario nacional, atravesado por la intolerancia, el autoritarismo, la negación de la concertación, el miedo, el escepticismo y la indiferencia frente a los asuntos públicos. Pero en el escenario internacional otras alternativas, por ejemplo los tres Foros sociales mundiales realizados en Porto Alegre, Brasil, le apuestan a propuestas de desarrollo democráticas e incluyentes.

Avanzar en la perspectiva de este horizonte ético y político requiere de otras tareas nacionales más cercanas e inmediatas hacia la construcción de ciudadanía en salud, o más bien, hacer más amplias las prácticas y los imaginarios de la ciudadanía, incorporando la salud, en su dimensión más integral, de calidad de vida. Es decir convertir, o fortalecer el tema de la salud como asunto de interés público, de amplia convocatoria social, prioritaria en la agenda de los movi-

mientos sociales, con posibilidades reales y comprometidas para un debate plural, y como derecho humano fundamental.

Referencias bibliográficas

- Aday, Ann; Andersen, Ronald, 1980. “A Theoretical Framework for the study of access to medical care”. In: *Health Care in the United States: Equitable for whom*. Sage publications. Pp. 25-45.
- Alameda, O. Raúl, 1999. “El costo de la guerra y su contextualización sociopolítica 1946-1997”. En: *La guerra y la paz en la segunda mitad del siglo XX en Colombia*. Academia Colombiana de Ciencias Económicas. Ecoe ediciones. Julio. Pp.17-39.
- Álvarez, C., Luz Stella, 2001. “La situación de salud de la población colombiana. Análisis desde la perspectiva de la equidad”. *Seminario pensamiento en salud pública: el derecho a la salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín. Pp. 104-136.
- Bernal, Jorge, 1999. “Nuevas políticas sociales”. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Inédito. 23 páginas.
- Castaño, R. A.; Arbeláez, J.; Geidión, U.; Morales L. G., 2001. “Evolución de la equidad en el Sistema colombiano de salud”. Cepal. *Serie Financiamiento del Desarrollo*. N. 108. Santiago de Chile. Mayo. 51 páginas.
- Céspedes, Juan E., et al., 2000. “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de servicios de salud”. En: *Revista Salud Pública* 2 (2). Universidad Nacional. Bogotá. Julio. Pp. 145-164.
- Centro de Investigaciones Económicas. Grupo de Economía de la Salud, 2001. *Observatorio de la Seguridad Social*. Universidad de Antioquia. N. 1. Julio. Pp. 3-5.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2000-2001. *Informes anuales a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes*. Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), 1997. “Encuesta de calidad de vida en Colombia”. Citado en: Departamento Nacional de Planeación (DNP)-Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe de desarrollo humano para Colombia 1999* (2000).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2000. “La mortalidad en Colombia según condiciones de vida”. *Estudios Censales*. N. 16. Bogotá. Citado por Málaga et al. “Equidad y refor-



- ma en salud en Colombia". En: *Revista Salud Pública* (2000) noviembre 2 (3). Pp. 194-195.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), 2000. *Salud y seguridad social en Colombia*. Resultados del módulo de salud aplicado en la Encuesta nacional de hogares. Bogotá. Marzo. Pp. 260-276.
- Departamento Nacional de Planeación-Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2000. *Informe de desarrollo humano para Colombia 1999*. Bogotá. Mayo.
- _____, 2001. "Una evaluación de la ley 100 como herramienta de cumplimiento del derecho a la salud". En: *Desarrollo Humano. Colombia 2000*. Alfaomega ediciones. Mayo. Pp. 101-134.
- Echeverry, L. María Esperanza, 2001. *La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia*. Folleto publicado por la Corporación Viva la Ciudadanía, como documento preparatorio del Primer congreso nacional por la salud: el derecho a la salud, una vía hacia la paz. Bogotá. Agosto.
- _____, 2001. "La salud en Colombia: balance a diez años de la Constitución de 1991". En: Seminario balance de los derechos económicos, sociales y culturales a diez años de la Constitución de 1991. Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo. Capítulo Antioquia. Inédito. Medellín. Agosto 18 páginas.
- _____, 2001. "Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la ley 100/93". Informe preliminar de investigación en el marco del proyecto Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas (CIE). Universidad de Antioquia. Medellín. Borrador. Inédito. Mayo. 34 páginas.
- _____, 2001. "Percepciones sobre el acceso a los servicios de salud de los usuarios del régimen subsidiado de salud en Antioquia". Informe preliminar de investigación. En: *Condiciones de acceso...* Op. cit. Inédito. Noviembre. 19 páginas.
- Franco, A. Saúl, 1999. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Colombia. Tercer Mundo. Bogotá. Febrero 17. Pp. 105-107.
- _____, 2000. "Violencia, salud y paz en Colombia". En: *Diálogo global, salud: la llave del desarrollo humano*. Hannover 2000. Policopiado. Inédito. 5 páginas.
- Fedesarrollo, 1999. "Encuesta social: resultados preliminares". En: *Coyuntura Social*. Bogotá. Septiembre. P. 53. La encuesta se realizó en las cuatro principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla que representan 30,5% del total de habitantes del país y 43% de la población urbana.
- Gallardo, Henry M.; Rodríguez, Jesús, 1999. *Mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad como medidas de la carga de enfermedad*. Colombia 1985-1995. Ministerio de Salud. Agosto.
- Gómez, Alcides, 1998. "La permanencia de la pobreza rural en Colombia". En: *Equidad y política social en Colombia*. Seminario pobreza y política social en Colombia. Memorias. Pp. 121-134.
- González, Ángela, 1999. "La situación de la salud pública: una visión". Ponencia en el Congreso internacional salud para todos: desarrollo de políticas de salud pública para el siglo XXI. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín. Diciembre. Citado en el *Informe de desarrollo humano para Colombia 1999*. DNP- Misión Social -PNUD (2000). Pp. 96-98.
- Hernández, Mario, 2000. "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". En: *La salud está grave*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá. Mayo.
- Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 2001. *Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001*. Folleto plegable. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud, 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud. Washington. 27 páginas.
- Perfetti, Mauricio, 1996. "Diferencias salariales entre hombres y mujeres no asalariadas entre 1984-1994". En: *Planeación y Desarrollo V. xvii*, (4) Octubre-diciembre. Citado en el Informe de desarrollo humano(2000). Op. cit. Pp. 113-114.
- Primer congreso nacional por la salud y la seguridad social: "El derecho a la salud, una vía hacia la paz, 2001". Relatoría general. Bogotá. Octubre.
- Profamilia, 2000. *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Bogotá. Octubre. Pp. 97-98, 117.
- Restrepo, Z. Jairo Humberto, et al., 2001. "Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia". Informe de investigación en proceso de publicación. Entrevistas a los directores de la ARS. Grupo de Economía de la Salud. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Medellín. Inédito.
- Restrepo, María Inés, 1999. "Se deteriora la calidad de vida". En: *Portafolio*. Publicación del periódico *El Tiempo*. Bogotá (sin dato de número de páginas).



- Reyes, Alejandro, 1995. Citado por Bernal, Jorge, 1999. "Nuevas políticas sociales". Policopiado. Inédito. P. 15 (El autor no hace una referencia completa).
- Sarmiento, A. Libardo, 1996. *Utopía y sociedad. Una propuesta para el próximo milenio*. Fundación Friedrich Ebert para Colombia (Fescol). Bogotá. 73 páginas.
- , 2001. "Balance de la Constitución de 1991. Desconocimiento, derechos y explotación de necesidades". *Revista Foro* N° 41. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Bogotá. Julio. P. 26.
- Sen, Amartya, 1999. "La agencia de las mujeres y el cambio social." En: *Desarrollo y libertad*. Primera edición. Editorial Planeta. Barcelona. España. Pp. 233-249.
- Soler, Julio Enrique, 2000. "Colombia 1997: globalización pobreza e iniquidad". En: *Palabras más*. No. 5. *Estar atentos desarrollo social y control ciudadano en Colombia*. Medellín. Corporación Región. Pp. 43-64.
- Universidad Javeriana. Vicepresidencia de la República. Ministerio de Educación, 1995. "Sistema nacional de información sobre discapacidad. Bogotá". Policopiado. Inédito (sin dato del número de páginas).
- Orostegui, Miryam, 1990. "Situación de salud". En: F. Yepes, editores. *La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud*. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.
- Valencia, Juan Carlos, 2000. *Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios*. Defensoría del Pueblo. Bogotá.
- Yepes, Alberto, 2000. *Colombia: cinco años de retrocesos continuos*. Control ciudadano. Social Watch. Uruguay. Pp. 155-157.
- Yepes, L. Francisco, 1990. *La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud*. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Op. cit.

