

El sistema colombiano de seguridad social en salud:

DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN*

Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero

Resumen

En este artículo se analizan los principales resultados en materia de equidad en salud de la reforma a la seguridad social en salud en el país, se discuten las causas estructurales de la actual crisis y se presentan algunos elementos globales de juicio que podrían orientar el camino hacia la construcción de salidas a los problemas identificados. El documento se apoya en un conjunto de evidencias hasta ahora producidas por distintas fuentes, lo que ayuda a lograr una idea de global de la problemática y a enriquecer el análisis. Este método es comúnmente usado por los analistas de políticas de salud cuando se trata de evaluar en forma holística tópicos complejos alusivos a los resultados de una política social.

Palabras claves: Justicia, inequidad, exclusión, atención médica, acceso a la atención médica, Colombia.

Abstract

This article analyzes the main results in health equity of the social security health system in Colombia. The structural causes of the crisis are discussed and some global elements that could led to the solutions of the identified problems are presented. The document is based in several evidences from the different sources, to provide a better idea of the problems; this methodological approach is commonly used in the analysis of complex issues referring to the results of the social policies.

Key words: Justice, inequality, exclusion, health care, access to health care, Colombia.

* Este documento ha sido construido a lo largo de más de un año, presentado en diversos eventos académicos y sometido a discusión. Los autores expresan su agradecimiento por los aportes y opiniones a las profesoras Elba María Bermúdez y Ana Lucía Sarralde de la facultad de Odontología; a las profesoras Edilma Suárez, María Claudia Duque e Hilda

Cañón de la Facultad de Enfermería; a Consuelo Ahumada y Carolina Galindo de la facultad de Ciencias Políticas; a los profesores Sergio Torres y María Inés Jara de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, y, en especial, a los decanos de las facultades de Odontología y Enfermería, doctores Nelson Contreras y Marta López.



El sistema colombiano de seguridad social en salud presenta hoy la más grave crisis de toda su historia. Corrupción generalizada, desorganización administrativa, competencia desleal entre sus actores, fuerte intervención de algunas agencias del gobierno en favor del sector privado y en detrimento del sector público, cierre generalizado de hospitales, huelgas continuas de los trabajadores de la salud, rechazo de la racionalidad administrativa y económica del sistema por importantes sectores de practicantes de la medicina y de otros profesionales de la salud, fracaso en la universalización de la cobertura y en el cubrimiento de los pobres, entre otros, han llegado a ser fenómenos de ocurrencia común, luego de siete años de plena implementación del modelo de seguridad social en salud constituido a partir de la Ley 100 de 1993.

Luego de una más de una década de reformas que comenzaron con la Ley 12 de 1986 y la Ley 10 de 1990, se han hecho evidentes las consecuencias que para la garantía de la equidad, en términos de la universalidad del acceso y uso de servicios, tiene el actual modelo. Hay que recordar que este ha sido asumido como paradigma para las reformas de los sistemas de salud en América Latina y en el mundo. Sin embargo, la realidad muestra que por este camino los pueblos acumularían más frustraciones que beneficios.

Si los resultados deben ser evaluados con base en los datos actuales, este sistema sirve muy bien a los intereses del capital financiero a través de las EPS privadas. Por el contrario, sirve muy mal, a los pobres y marginados, a la práctica médica, a la investigación en salud, a la formación y distribución justa del recurso humano en salud, a la salud pública y a las instituciones públicas de salud.

En este artículo se analizan los principales resultados en materia de equidad en salud

de la reforma a la seguridad social en salud en el país, se discuten las causas estructurales de la actual crisis y se presentan algunos elementos globales de juicio que podrían orientar el camino hacia la construcción de salidas a los problemas identificados. El documento se apoya en un conjunto de evidencias hasta ahora producidas por distintas fuentes, lo que ayuda a lograr una idea global de la problemática y a enriquecer el análisis. Este método es comúnmente usado por los analistas de políticas sociales, particularmente cuando se trata de evaluar en forma holística tópicos complejos alusivos a los resultados de una política de salud.

La situación de la cobertura del aseguramiento

La respuesta dada por el sistema a las demandas de justicia social se ha reducido a resolver los problemas de la cobertura de los más pobres con un conjunto de servicios primarios y esenciales, y las evidencias muestran que, contrario a lo promulgado, se han generado nuevas y profundas inequidades al aumentar la exclusión de amplios sectores de la población.

De acuerdo con los cálculos más optimistas, en 1998 la cobertura del aseguramiento en salud, medida en términos de afiliación al sistema, era de alrededor del 60 por ciento de la población colombiana (Ministerio de Salud, 1999) y descendió al 53 por ciento en el año 2000 (Fedesarrollo, 2000). Esto es, en cifras absolutas, 22.403.578 personas de una población total proyectada de 42.321.386 habitantes.

Sin embargo, si se tienen en cuenta los casos de doble afiliación y que el acceso real a los servicios médicos solo se logra cuando el afiliado está debidamente compensado y tiene un carné o comprobante que le garan-



tiza el derecho a recibir atención por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios, la cobertura real del sistema podría ser mucho menor, tanto para los afiliados al régimen contributivo como para los afiliados al régimen subsidiado.

En junio de 1999, por ejemplo, cuando aún no existía comprobante de derecho de la afiliación al sistema, de 12 millones de personas registradas en las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo, solo cinco millones estaban compensadas (Supersalud, 1999); y en abril del 2000, de 13.265.039 afiliados reportados en los registros del régimen contributivo, 1.349.559 personas aparecían con registros duplicados (Superintendencia Nacional de Salud, Supersalud, Boletín Estadístico, 2000a).

Algo similar sucede con las cifras sobre afiliados al régimen subsidiado, las cuales, por ser artificialmente abultadas, no reflejan el acceso real de los pobres al sistema de aseguramiento. En 1998 se decía que se habían afiliado al régimen subsidiado 8.527.061 personas (Ministerio de Salud, 1999). Un año después, en diciembre de 1999, la cifra anunciada por el Ministerio de Salud era de 9.350.000 afiliados, y en el 2000 no sobrepasaba los 9.500.000 personas (Minsalud,

2001). Este dato podría ser realmente menor si se descuentan las duplicaciones y la afiliación de personas que no son pobres, y si se tiene en cuenta que solo pueden usar los servicios médicos los afiliados debidamente carnetizados.

Por esto, no es descabellada la información de la Supersalud en el sentido de que realmente la cifra de afiliados al régimen subsidiado a mediados del 2000 no sobrepasa con mucho los 6 millones de personas (conversación personal con Fabio Vargas Poveda, Jefe División Fosyga, Supersalud, agosto del 2000), en un país en el que el 60 por ciento de la población es pobre por ingresos (Sarmiento Anzola, 1999b). Planeación Nacional sostiene, incluso, que hoy la afiliación al régimen subsidiado escasamente superaría los cinco millones de personas (*El Tiempo*, 2001c).

Aún en el caso más optimista, la cifra de afiliados al régimen subsidiado en el año 2000 correspondería al 59.8 por ciento de la población pobre según necesidades básicas insatisfechas, NBI (Fedesarrollo, 2000) y de solo el 37.3 por ciento de la población pobre medida con el método de línea de pobreza, LP, como se muestra en la Cuadro N° 1 (Ver Fedesarrollo, 2000; Minsalud, 2001; Cepal, 2001).

CUADRO N° 1
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA EN EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO SEGÚN POBREZA, 1996-2000

Año	Beneficiarios	Población NBI	Cobertura NBI	Población LP	Cobertura
1996	5.981.774	14.936.469	40,0	20.373.774	29,4
1997	7.026.690	14.938.470	47,0	19.773.975	35,5
1998	8.527.061	15.357.180	55,5	20.363.779	41,9
1999	9.325.832	15.626.327	59,7	22.647.877	41,2
2000	9.510.566*	15.900.191	59,8	25.500.000**	37,3

Fuentes: Elaboración propia con base en cálculos de Fedesarrollo, 2000; Informe de Coyuntura Económica, DNP, julio de 2000b. *Ministerio de Salud. Informe del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado años 1999-2000 y 2000-2001. **CEPAL, Panorama social de América Latina 2000-2001.



El uso de este último método ha sido ampliamente discutido y defendido (Sarmiento Anzola, 2001; Cepal, 2001) por su mejor aproximación a la medición de factores coyunturales de la pobreza como los ingresos, que se reconoce tienen gran importancia para acceder al aseguramiento y a otros factores del bienestar y para garantizar la atención médica (Plaza y Barona, 1999; Tono, 2000a). Ilustra esta relación lo reportado por la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 (Dane) en la que la principal razón aducida por el 42.8 por ciento de los no afiliados a la seguridad social para la no afiliación fue la falta de dinero.

El drama para quienes no tienen capacidad de pago para el aseguramiento se acentúa con la política de focalización de subsidios y su instrumento de aplicación el Sisben, puesto que a pesar de que la afiliación al régimen contributivo del sistema se fundamenta en el ingreso, tanto la política de focalización como el Sisben, además de no identificar no miden adecuadamente quiénes deberían considerarse pobres para efectos de aseguramiento en salud. Esta política también parece ir en sentido contrario del comportamiento de variables macroeconómicas relacionadas con el crecimiento de la economía como el empleo y el aumento del ingreso de las personas.

El Sisben como método de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, no solo se ha convertido en un instrumento que ampara la manipulación política de las personas necesitadas, sino que es insensible ante la situación de personas enfermas, desnutridas, discapacitadas y desempleadas, de empleados transitorios o con empleos parciales, y de todos aquellos ocupados con bajos ingresos. Estos, además de los múltiples factores que disminuyen sus capacidades para generar ingresos, son víctimas de la precariedad del trabajo que ya no solo es

manifestación del desempleo estructural consecuencia del subdesarrollo y de la recesión económica, sino de los programas de reestructuración y de modernización del Estado y de las empresas, y de las políticas de flexibilización laboral en que se sustentan. Como lo señala Lamas (1997, p. 66)¹, los efectos sociales del ajuste económico “han recaído sobre los sectores deprimidos y medios de las poblaciones latinoamericanas. Hoy los grupos por debajo de la pobreza son mayores y están más depauperados. También amplios estamentos de clases medias (...) viven un proceso de movilidad descendente...”

Con respecto a la distribución de la cobertura según ingresos, el estudio de Moreno Guerrero (2001) –con base en lo reportado por las Encuestas de Calidad de Vida y la Encuesta Nacional de Hogares, Dane, 1997; 2000– revela que entre 1997 y el 2000, la cobertura del sistema no solo no creció sino que “incluso disminuyó en el período, lo cual es gravísimo para el bienestar de la población, por cuanto las menores coberturas se presentan precisamente sobre las subpoblaciones más pobres”. Como se muestra en las Cuadros N° 2, 3 y 4, la cobertura de la seguridad social es menor en los quintiles de más bajos ingresos y su descenso ha tenido un mayor impacto en los pobres.

Otras evidencias de las inequidades en la cobertura del aseguramiento promovidas por la lógica de este sistema se asientan en

1 Al respecto es importante la apreciación de Sen (1996) en el sentido de que un ingreso alto no necesariamente define que una persona tenga un estándar de vida alto, puesto que puede verse obligada a gastar más de lo necesario para mantener o lograr ese estándar de vida o uno peor por razones de mala salud, condiciones ambientales desfavorables, discapacidad física u obligaciones abrumadoras con otros, entre otras desventajas.



CUADRO N° 2
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN QUINTILES
DE INGRESO, RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, 1997-2000

Cobertura	Quintiles de ingreso				
	1	2	3	4	5
ECV-97	43.2	46.0	54.0	64.0	78.8
ENH-2000	35.0	43.9	48.9	59.4	74.8

Fuente: Tomado de *Revista Salud Colombia*, No. 58, 2001, con base en resultados de Moreno Guerrero, 2001.

CUADRO N° 3
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL RÉGIMEN
SUBSIDIADO SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1997-2000

Cobertura	Quintiles de ingreso				
	1	2	3	4	5
ECV-97	37.5	30.2	19.4	9.3	2.2
ENH-2000	27.1	25.8	15.4	10.1	4.2

Fuente: Tomado de *Revista Salud Colombia*, No. 58, 2001, con base en resultados de Moreno Guerrero, 2001.

CUADRO N° 4
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL RÉGIMEN
CONTRIBUTIVO SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1997-2000

Cobertura	Quintiles de ingreso				
	1	2	3	4	5
ECV-97	5.7	15.8	34.7	54.7	76.6
ENH-2000	7.9	18.1	33.5	48.4	70.5

Fuente: Tomado de *Revista Salud Colombia*, No. 58, 2001, con base en resultados de Moreno Guerrero, 2001.

las grandes disparidades entre zonas y regiones. La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia (2000) revela que el 48 por ciento de los campesinos no está afiliado a ningún régimen, en contraste con el 39 por ciento de los habitantes de las ciudades; solo 12 por ciento de los habitantes rurales pertenece al régimen contributivo frente al 40 por ciento de cobertura en la zona urbana aunque la afiliación al régimen subsidiado es mayor en la zona

rural, 35.5 por ciento, que en la zona urbana, 17 por ciento. La cobertura en regiones como la Atlántica, 45.6 por ciento, y la Oriental, 57.6 por ciento, contrasta con lo encontrado en Bogotá donde la proporción de afiliados supera ligeramente el 70 por ciento; las mismas regiones donde cerca del 50 por ciento de la población refirió como principal razón de no uso de servicios según necesidad de nuevo la falta de dinero.



Desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud

Luego de una década de transformaciones, hay suficientes argumentos para pensar que el sistema tampoco ha avanzado en garantizar el acceso universal a los servicios y en eliminar las desigualdades existentes entre grupos de la población.

Pocos estudios encaminados a medir el acceso y uso de servicios se han hecho en el país. La mayoría ha centrado su atención en la cobertura, a semejanza de los estudios de demanda, como medida de los progresos en materia de equidad en el acceso y el uso, e incluso se han reducido a la mera disponibilidad de servicios; sin embargo, fallan en reconocer que estas medidas son insuficientes para mostrar si quienes requieren atención pueden hacer uso efectivo de los servicios de salud, si estos están disponibles y cuáles son las barreras para acceder a ellos.

En el pasado, la reducida capacidad de pago de la población y el alto costo relativo de los servicios constituían las principales barreras para acceder a ellos y la atención era un bien inalcanzable para una gran proporción de colombianos. Así, en la Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud 1986-1989 (Ministerio de Salud, 1991), el 60.1 por ciento de los encuestados que requirió servicios en las últimas dos semanas no acudió a la consulta por limitaciones económicas. Por su parte, el Estudio Sectorial de Salud (Ver Oróstegui y otros en el Estudio Sectorial de Salud, 1991) estimó que cerca del 50 por ciento de la población refirió no haber sido atendida, siendo los porcentajes de necesidad final no atendida mayores entre los grupos de menores ingresos y en poblaciones con menos de 2.500 habitantes. Los hallazgos de ambos estudios son consistentes con lo reportado por Molina y Giedión (1994) con base en la En-

cuesta Nacional de Hogares de 1992, quienes muestran que en 1993 el 20 por ciento de la población del país refería no tener acceso a los servicios de salud, porcentaje mucho mayor entre la población pobre, 36 por ciento, y rural, 40 por ciento. De nuevo la principal razón para el no uso en caso de necesidad fue la incapacidad para pagar el costo de los servicios en el 50 por ciento de esa población.

Estas cifras sirvieron para justificar la reforma del sistema de salud, aunque los resultados después de seis años de aplicación muestran un retroceso importante. Por ejemplo, la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 (Dane, 1998) reveló que la principal razón de no uso de servicios médicos para toda la población seguía siendo la incapacidad de sufragar su costo. En el caso de la atención médica de quienes se sintieron enfermos en el último mes, 27.7 por ciento no tuvo acceso al servicio siendo “la principal razón por la cual la población no acudió a las instituciones legalmente establecidas y autorizadas, (...) la falta de dinero en el 40.9 por ciento” de los casos (Plaza y Barona, 1999, p. 98), 58.5 por ciento en el 2000 según Profamilia, 2000.

Se muestra además que la población pobre excluida gasta más en salud y como consecuencia usa menos los servicios o se ve obligada a sustituir la medicina institucional por la automedicación, los remedios caseros y la medicina tradicional (para una ilustración de este aspecto ver en Eslava, Hernández, Ruiz y otros, 1999; Dane, 1998; CID, 2001). Para el caso, el último Informe de Desarrollo Humano para Colombia (2001, p. 122) revela que el número de vinculados aumentó considerablemente, 9.9 por ciento, como consecuencia de la caída en la cobertura del aseguramiento entre 1997 y el 2000 y el uso de servicios disminuyó ostensiblemente pasando de 11 a 5.4 por ciento en el período,



en tanto el gasto de bolsillo se incrementó. “Los gastos de los vinculados han crecido, no solo para los relacionados con la consulta médica u odontológica, los medicamentos y los exámenes de laboratorio, sino también para los costos de hospitalización”.

Esto, además de reforzar la crítica de la política de focalización y sus métodos, expresa las dificultades que el modelo de aseguramiento basado en subsidios a la demanda tiene en eliminar las barreras económicas para el acceso real a los servicios por parte de la población. Incluso se ha documentado la inequidad que las diferencias y limitaciones en los planes obligatorios entre regímenes generan en el acceso y uso de servicios por parte de la población de menores ingresos al promover el uso privado y un mayor gasto de bolsillo. Dichas limitaciones no solo deterioran la equidad en el gasto sino que se convierten en barreras adicionales al acceso (Martínez, Rodríguez y Agudelo, 2001).

También se ha sugerido que algunos mecanismos impulsados por el sistema para la contención de costos han promovido las inequidades en la utilización por parte de los segmentos de población afiliada más pobre cuyo gasto privado ha aumentado (Céspedes y otros, 1999; Martínez y otros, 2001). Céspedes y Almeida (p. 10), aseveran que “la persistencia de la falta de dinero como causa importante para no utilizar los servicios de salud (inclusive entre la población asegurada), plantea dudas sobre los posibles efectos que puedan estar teniendo las cuotas moderadoras y copagos; estas herramientas hacen parte de los mecanismos puestos en marcha para controlar los costos derivados del efecto de riesgo moral, pero podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado”.

documentado barreras geográficas al acceso y la existencia de desigualdades de ingresos, entre regiones y entre zonas rural y urbana. En Bogotá, por ejemplo, mientras el 84.6 por ciento de los afiliados al régimen contributivo y el 80.9 por ciento de los afiliados al régimen subsidiado que necesitó usar servicios de salud acudió a un profesional de salud para tratar su problema, solo el 19.1 por ciento de los no afiliados lo hizo, siendo la proporción de atendidos inferior en la población de los niveles 1 y 2 del Sisben, 58.4 por ciento, que la de los niveles superiores, 70.4 por ciento (CID, 2001).

La ya citada Encuesta de Calidad de Vida (Dane, 1997) mostró que el 45 por ciento de la población rural no tenía acceso a ningún servicio de salud, apenas el 3.2 por ciento contaba con la atención por parte de médico o enfermera y solo en el 36.8 por ciento de las zonas se disponía de puesto de salud.

Para algunos investigadores (ver Hernández, Eslava y otros, 1999; Cendex-Fundación Corona, 1999; Plaza y Barona, 1999; DNP, 2000a; Profamilia, 2000), nuevos obstáculos producto del proceso de “intermediación” de las aseguradoras, como la falta de información y el exceso de trámites, han sido esgrimidos como factores importantes para el bajo uso de servicios de los afiliados.

La existencia de regímenes paralelos² y entidades adaptadas ha sido también sugerida como factores de inequidad en el acceso, en tanto son mayores los costos de la atención en que incurren las instituciones que pres-

2 Se refiere a los regímenes de excepción o regímenes especiales que incluyen a la fuerza pública, el magisterio, Ecopetrol y otras empresas estatales que en el año 2000 representaban el 4 por ciento de la población afiliada al sistema.



tan servicios a estos regímenes cuyo paquete de beneficios es mayor (DNP, 2000a; Econometría, 1998).

Estas y otras manifestaciones de las inequidades en el acceso y uso promovidas por la lógica de este sistema, tienen su corolario en las justificadas réplicas de diversos y amplios grupos de la población. El alto número de quejas ante la Superintendencia de Salud y de acciones de tutela interpuestas por los individuos apunta en su mayoría a mostrar las limitaciones en los beneficios y a explicitar la actitud perversa de las empresas aseguradoras que incumplen los contenidos definidos en los planes obligatorios de salud (para una ilustración de las demandas ver, por ejemplo, la sección “Glosario Normativo” en Hospitalaria, 1999, 2000 y 2001; y sobre las quejas lo reportado por DNP, 2001).

Aunque los defensores del modelo promulgan los “excesos” del sistema judicial como un factor explicativo del desequilibrio financiero del sistema, y el gobierno lo utiliza como justificación para redefinir el derecho a la seguridad social, más en conexidad con el derecho a la vida que en el sentido del derecho a la salubridad pública, es indiscutible su valor como expresión de la inconformidad popular (para una ilustración de estos aspectos ver los trabajos de Paredes, 2000; Correa- De Lugo, 2000 y Hernández M, 2000a)

Hasta aquí, los problemas de cobertura y acceso planteados no solo se refieren a la exclusión del aseguramiento de amplios sectores de la población, sino también a las profundas inequidades de todo tipo y por diversas causas que se vienen generando entre los afiliados. Pero el problema es más serio aún si nos referimos no solo a las garantías para la atención a la enfermedad, si no también a la acción sobre otros factores,

especialmente prevenibles, que afectan la salud como un todo.

El nuevo modelo de salud pública

Fruto de la crítica contra el modelo que caracterizó el viejo Sistema Nacional de Salud y de su concepción de la salud, la reforma a la seguridad social implicó un cambio en la concepción y práctica de la salud hacia un modelo de nueva salud pública caracterizado por un importante énfasis en el comportamiento, como el más importante factor explicativo de muchos de los problemas de salud, y la promoción del autocuidado de la salud por parte de los individuos.

En este nuevo modelo se diferencian funcional y administrativamente los servicios de salud individuales de los servicios colectivos, apoyado en los fundamentos de la teoría económica neoclásica de los bienes públicos y las externalidades.

Acogiendo esta lógica, el nuevo sistema de seguridad social redujo la acción colectiva a cargo del Estado a un conjunto de acciones de promoción, prevención, vigilancia de salud pública y control de factores de riesgo, de carácter universal, gratuito y obligatorio, complementarias de las acciones de los otros planes de salud y financiadas con recursos públicos: el Plan de Atención Básica, PAB (Ministerio de Salud, 2000). No sólo escapan de la acción del PAB las actividades individuales de prevención, protección específica y detección precoz como el control prenatal, el control del desarrollo de los menores de cinco años y la vacunación que deberán ser prestadas por las entidades aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado, sino que la ya reducida acción del Estado también ha sido debilitada, y como consecuencia, se han perdido los efectos alcanzados en la reducción de la morbilidad y



mortalidad por enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles.

La reemergencia de enfermedades transmisibles y prevenibles es, en la práctica, consecuencia de esta concepción. Así, por ejemplo, la tasa de incidencia del cólera pasó de 2 casos por 100.000 habitantes en 1993 a 3.9 por 100 mil habitantes en 1995 y 11.3 por 100 mil habitantes en 1997 (Paredes, 2000). La morbilidad por dengue hemorrágico aumentó entre 1990 y 1998 pasando de 0.1 a 13.9 por 100 mil habitantes (DNP, 2000), al igual que la mortalidad que pasó de 0.01 a 0.07.

Las áreas de transmisión de malaria aumentaron durante 1998, coincidiendo con el desmonte de los programas de erradicación, la transferencia a los entes subnacionales de la responsabilidad por su control y con la caída del gasto público en la vigilancia del saneamiento ambiental, de cerca del 65 por ciento entre 1998 y 1999 (DNP, 2000). El resultado, un aumento en la tasa de incidencia que en 1990 fue de 455.5 por 100 mil habitantes y que en 1997 ascendió a 712.2 por 100 mil habitantes).

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años también aumentó entre 1996 y 1997 de 0.04 a 7.7 casos por 100.000 habitantes, a pesar de un

descenso en la morbilidad registrado desde 1993. En general, la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas y enteritis aumentó como causa de consulta externa en todas las edades (ver en Paredes, 2000, con base en datos de la Dirección de Información del Ministerio de Salud 1999; Profamilia, 2000).

Igual comportamiento muestra la infección por VIH-SIDA que tiende a convertirse en un riesgo principal de muerte para hombres y mujeres entre los 15 y 44 años, cuyo aceleramiento coincide con la menor inversión en los programas de prevención y control de casi 80 por ciento (DNP, 2000).

A su vez, diversas fuentes (Jaramillo I, 1999; Ministerio de Salud-OPS-Instituto Nacional de Salud, 1999; Departamento Nacional de Planeación, 2000) han mostrado un pronunciado descenso en la cobertura de vacunación para todos los biológicos desde 1990, de cifras superiores al 90 por ciento a cifras apenas cercanas al 70 por ciento en 1999 en los cálculos más optimistas. Profamilia (2000) ha reportado coberturas aún inferiores (Cuadro N° 5) con importantes diferenciales según zona. Así, mientras apenas el 46 por ciento de los niños campesinos tiene las vacunas de BCG, DPT, polio y sarampión, a nivel urbano la cobertura de niños

Cuadro N° 5
Evolución de la cobertura de vacunación por biológico,
niños entre 12 y 23 meses, 1990-2000

Año	BCG	Polio (3ª dosis)	DPT (3ª dosis)	Sarampión	Todas
1990	93.3	82.2	81.0	81.2	67.5
1995	91.2	73.1	74.1	73.6	56.2
2000	93.4	71.3	76.8	70.8	52.0

Fuente: Con base en datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Departamento de Evaluación e Investigación de Profamilia, años 1990, 1995 y 2000. Los datos se refieren a niños que han recibido vacunas específicas en cualquier momento, así la información provenga de la madre o del carné de vacunación.



con el esquema completo es también baja, 54.8 por ciento, lo que explica la reaparición de enfermedades como la difteria y los brotes de tos ferina durante 1999 y el 2000, entre otras epidemias (Málaga, Latorre, Cárdenas y otros, 2000).

La tasa de mortalidad infantil descendió de 41 por mil en el quinquenio 1980-85 a 28 entre 1990-95, situándose alrededor de 26 por mil nacidos vivos en 1996 (Unicef, Celade) y en 21 por mil nacidos vivos en el 2000 (Profamilia, 2000), con importantes diferenciales según zona urbana/rural. Sin embargo, el ritmo del descenso de 3 años por año en la década de los ochenta disminuyó a 0.27 años por año en la década de los años noventa, siendo mayor la concentración de la mortalidad neonatal temprana, aquella debida a las características de la atención del embarazo y el parto (entrevista con Magda Palacios, consultora de Familia y Población OPS/OMS Colombia).

Además de la caída en las actividades de promoción y prevención, esto puede encontrar explicación en los procesos de selección adversa de la población infantil que se expresan en las desigualdades en la distribución de la cobertura del aseguramiento por edad, en contravía del mandato constitucional que los considera grupo prioritario de atención. Según lo reportado por Profamilia (2000), la mayoría de los niños y niñas menores de 5 años son vinculados, 50 por ciento, a diferencia de los grupos de mayor edad que tienen la más alta cobertura tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo.

Un patrón de comportamiento similar al de la mortalidad infantil es el de la tasa de mortalidad materna que continúa siendo sorprendentemente alta si se considera que en la mayoría de los casos puede ser evitada con un adecuado control del embarazo

y atención del parto (DNP, 2000a). Las diferencias urbano-rurales de nuevo son acentuadas, ya que mientras el 6.3 por ciento de mujeres embarazadas en la zona urbana no recibe atención, en la zona rural el 15.5 por ciento de las mujeres no recibe atención prenatal, e incluso el 22.6 por ciento no es vista nunca durante el embarazo (Profamilia, 2000).

La más evidente explicación de estos datos radica en el decremento en el gasto público como porcentaje del PIB en actividades del PAB reportado por Planeación Nacional (2000) en el Informe sobre Desarrollo Humano para Colombia 1999, que pasó de 6.3 por ciento en 1990 a 5.6 por ciento en 1993 y a 1.4 por ciento en 1999, lo que significa una reducción de cerca del 30 por ciento en el gasto público *per cápita* en el período. Esto aunado a la baja ejecución de los recursos contemplados en la cuenta de promoción y prevención del Fosyga, al que ingresaron recursos superiores a los presupuestados, cuya ejecución fue menor del 20 por ciento en 1999 y de solo el 7.1 por ciento en el 2000 (Echeverry, 2001).

En el fondo de estas evidencias se asienta la discusión no solo sobre la transformación del modelo de salud pública sino de la transformación misma en la concepción de salud que, contrario a lo promulgado, está cada vez más centrada en el papel de los servicios de carácter curativo.

Si bien no se ha medido el efecto que el deterioro de las condiciones de vida y la persistencia de desigualdades socioeconómicas entre grupos, regiones, áreas y clases tienen sobre el comportamiento de dichos indicadores, la reducción del gasto en las actividades de salud pública resulta más que convincente para explicar estos resultados.



Las ventajas de ser intermediario

El gasto total del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia aparece como un gasto profundamente ineficiente si se compara con el de países como Costa Rica cuyo sistema de seguridad social garantiza una cobertura en salud de la población superior al 90 por ciento con un gasto total no superior al 8.7 por ciento del PIB (Revista Salud Colombia, 2000). Mientras el sistema colombiano gasta una enorme cantidad de recursos financieros, aproximadamente el 9 por ciento del PIB en los tres últimos años según Barón Leguizamón (2001), tal gasto parece no resolver los problemas de acceso al aseguramiento en tanto que su cobertura no va más allá del 54 por ciento de la población total del país y del 37 por ciento de los pobres³.

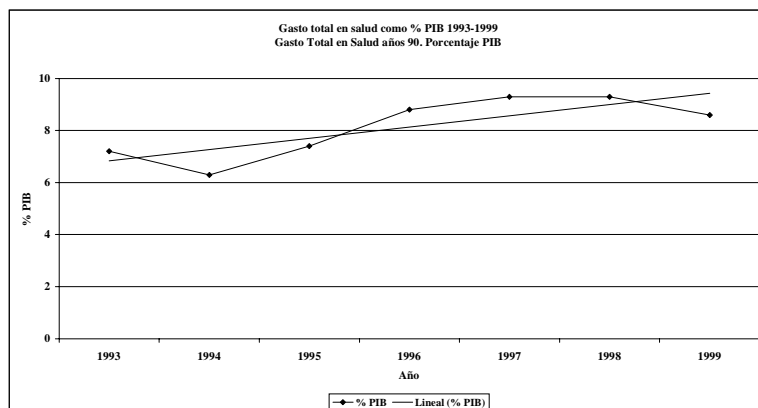
En más de un lustro de implementación, el sistema actual no ha superado los defectos que el viejo sistema tenía en 1993, un 25 por ciento de población no accedía a los servicios de salud cuando los necesitaba, sino que por el contrario estos problemas parecen ahondarse mientras el gasto en salud ha aumen-

tado en por lo menos dos puntos del PIB en el período de implementación, como se muestra en el Gráfico N° 1.

El gasto total en salud fue del 2.7 por ciento del PIB en 1987 (Jaramillo-Pérez, 1999), ascendió a una cifra entre 9 y 10.1 por ciento en 1996 (Barón Leguizamón 2001; Vargas, 1997) y se ha mantenido alrededor del 9.3 por ciento del PIB en los últimos años (Barón Leguizamón, 2001; Revista Salud Colombia, 2000). Si bien la elevación del gasto obedece a los rediseños del financiamiento del sistema de salud a partir de las reformas iniciadas con la Ley 10 de 1990 que propiciaron el aumento de los recursos fiscales, y a las leyes 60 y 100 de 1993 que aumentaron la participación de los recursos privados mediante cotizaciones de aseguramiento, la ineficiencia del mismo es el resultado de la lógica de mercado del sistema y no sólo fruto de la corrupción y de la persistente ineficiencia de la oferta y del sector público como lo sugiere Juan Luis Londoño (1999).

La lógica de mercado favorece que gran parte de los recursos entregados por los contribuyentes se queden en los bolsillos del

GRÁFICO N° 1



Fuente: Elaborados propios con base en datos de Barón Leguizamón (2001).



sector privado por vía de las utilidades de los intermediarios financieros encargados del aseguramiento, y de sus gastos administrativos y de venta, necesarios para hacer efectiva la competencia entre las EPS y ARS. Con toque de trompetas los medios de difusión de las empresas de negocios han anunciado los éxitos económicos de las EPS privadas en el sector.

Según *Dinero* (2000) “las entidades promotoras de salud (EPS) privadas ahora sí tienen cómo demostrar que el negocio de la seguridad social les está funcionando. 1999 les dejó utilidades cercanas a los \$36.000 millones y 1.850.000 nuevos afiliados. Pero más allá de las cifras frías, el 99 marca la consolidación de firmas que empiezan a reñirse los primeros lugares en el escalafón de las 300 empresas más grandes del país”. Diferentes informes sobre el estado financiero de las EPS emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud, muestran que, a diciembre de 1999, dichas entidades generaban ingresos superiores al 25 por ciento por concepto de intermediación y, de estos, un 14.4 por ciento correspondían a lo que podría ser, principalmente, rendimientos financieros.

Las ganancias de las EPS privadas se han construido por la vía de disminuir gastos asistenciales y administrativos mediante la escogencia de lo que llaman los “nichos” del negocio, es decir, población sana, joven y con altos ingresos, desechando las enfermedades de alto costo y, sobre todo, mediante el aumento de sus ingresos operacionales como consecuencia del éxodo masivo de afiliados de las entidades públicas a las privadas propiciado por las sanciones impuestas a aquellas por la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con los datos de la Supersalud (2000), el 25.3 por ciento de los gastos de las

EPS fueron gastos administrativos y de venta, cuatro veces los gastos que estas entidades hacen en sus afiliados del régimen subsidiado, pero estos han venido disminuyendo en las EPS privadas donde oscila alrededor del 18.5 por ciento (Salud Colombia 1999b). Igualmente, el gasto asistencial ha disminuido de 84.8 en 1998 al 80.2 en 1999 (Salud Colombia, 1999b).

En relación con la disminución de los gastos asistenciales el secreto parece haber sido la puesta en práctica de estrategias orientadas a desarrollar redes propias de primer nivel de atención, alianzas y procesos de integración vertical a nivel de servicios de consulta externa, laboratorios, medicamentos y atención hospitalaria, que han servido para disminuir los costos de atención, en muchos casos negando atención necesaria y oportuna a los pacientes (Ver los reportes de quejas presentados ante la Supersalud, DNP, 2001).

Diversos estudios han mostrado que el porcentaje de utilización de servicios por parte de los afiliados oscila entre 13 y el 16 por ciento del valor de la UPC cifra que asciende a un 20 por ciento cuando se tiene en cuenta hospitalización. Con estas cifras se podría decir que existe una utilización real del 20 por ciento de la UPC por concepto de atención directa a los pacientes, y que el resto de este valor se esfuma en gastos administrativos, de venta y utilidades de los intermediarios (Salud Colombia, 1999a y 1999b).

En 1998, entre el 20 al 40 por ciento de los recursos destinados a los pobres se quedaron en las administradoras del régimen subsidiado –ARS- (Contraloría General de la República, 1999). Esto sin tener en cuenta los recursos apropiados por estas empresas por vía de utilidades, que no debe entenderse como valor nuevo generado por la



relación trabajo/capital sino como parte del valor de la UPC más los rendimientos financieros del dinero de los contribuyentes. En contraste, las reflexiones que se construyen a partir de investigaciones orientadas a medir los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda indican que “los subsidios pueden no estar llegando a sus beneficiarios, los afiliados al régimen subsidiado, quedando en manos de los administradores del régimen...” (Moreno Guerrero, 2001).

¿Es bueno este sistema para alcanzar la equidad en salud?

En las sociedades modernas caracterizadas por un asalariamiento masivo de la población, la solución de la cuestión social se ha proyectado en una perspectiva solidaria y democrática sobre la base de las garantías adquiridas a partir del trabajo, del comportamiento de distintas variables macroeconómicas pero, sobre todo, del papel redistribuidor y regulador del Estado y de la participación social en la toma de decisiones.

En esta perspectiva, la seguridad social como tecnología de gobierno de lo social no solo se ha mostrado como un instrumento eficaz para el financiamiento de los sistemas de salud, sino para la materialización de distintos derechos sociales logrados por los asalariados, y para la universalización del acceso e igualdad en el uso según necesidad de los servicios médicos y otros medios de salud. En países como Francia, Canadá y Costa Rica, por ejemplo, la extensión universal de la seguridad social ha permitido garantizar el acceso de los pobres y demás poblaciones marginadas a la atención médica. En ellos ésta se ha convertido en un derecho que ha ayudado no solo a superar la exclusión secular de la que han sido objeto estos grupos sociales, sino que también ha rebasado los inconvenientes de su manipulación moral y

política a través de la caridad, la beneficencia privada y la asistencia pública (ver Castel, 1997, para el caso de Francia y Europa).

En Colombia, la posibilidad de la universalización del acceso de la población a la atención médica y de la igualdad en su uso de acuerdo con la necesidad, ha ganado un grande espacio político con la iniciativa de un modelo universal de seguridad social. Empero esta oportunidad histórica ha estado seriamente amenazada y obstaculizada por la racionalidad neoliberal propia de la Ley 100 y de muchas de las políticas de salud del país, que no solo han generado nuevas y mantienen viejas inequidades, sino que también han acentuado la ineficiencia del sistema.

Fallan los supuestos de la tecnocracia para garantizar el aseguramiento universal

Es sabido que el éxito de los programas públicos de aseguramiento de la población para la atención médica depende en gran medida de dos grandes condiciones: por un lado, del desempeño de un país en términos de sus índices de crecimiento económico, empleo y de crecimiento del ingreso *per cápita* de la población y, por otro, del papel del Estado en garantizar el derecho al trabajo, la universalidad del aseguramiento, el acceso equitativo de todos a la atención médica y la equitativa redistribución y eficiente administración de los recursos de salud para garantizar el interés público.

El escenario simulado en 1993 por los técnicos del Ministerio de Salud de Colombia para lograr la universalización del aseguramiento en el año 2001, supuso como condición para el éxito de la reforma un comportamiento macroeconómico futuro del país optimista en sus diferentes variables: crecimiento económico real del 5 por ciento, crecimiento del empleo asalariado en un 3.5



por ciento anual y del empleo independiente en un 2.1 por ciento, y crecimiento del ingreso de los trabajadores asalariados y de los independientes en 1.8 por ciento anual. Este escenario suponía que un 70 por ciento de la población tendría capacidad de pago suficiente para ser amparada por el régimen contributivo del sistema y que el 30 por ciento restante lo sería por el régimen subsidiado con base en recursos de solidaridad provenientes de las cotizaciones de los asalariados y de los patrones, de transferencias de la nación a los departamentos y municipios y del uso de otros recursos públicos (Ministerio de Salud, 1994, p. 147).

El comportamiento de las variables macroeconómicas no ha sido el esperado puesto que producto de la misma lógica, la economía entró en un proceso de recesión que llevó a una caída del crecimiento entre el 4 y 5 por ciento (Sarmiento Anzola, 1999a y 1999b), a una tasa de desempleo que bordea el 20 por ciento y a un descenso del ingreso *per cápita* en un 5.9 por ciento en 1999 (Yepes, 2000; DNP, 2001). Y aunque el gasto total en salud se ha incrementado, tal vez sobrepasando lo esperado en un ambiente de comportamiento económico negativo, el acceso real de la población a los servicios de salud parece ser inferior al que se tenía con el viejo Sistema Nacional de Salud antes de la expedición de la Ley 100 de 1993.

La racionalidad de mercado de este sistema no es buena sino, por el contrario, hace peligroso el sistema y las políticas de salud para los deseos de justicia social. No sólo porque excluye una alta proporción de pobres sino también porque genera inequidad en el plan de beneficios con los pobres que incluye, e inequidad en el acceso con los que excluye, y porque mantiene la discriminación y la marginalidad de muchos grupos como las mujeres, los indígenas, los desempleados y

subempleados, entre otros. Convierte las políticas y métodos de acción del sistema de seguridad social en salud contra la pobreza y demás expresiones de inequidad social, en instrumentos para la exclusión social, la manipulación política, el negocio y la corrupción que desvían y expropián los fondos sociales y públicos (ver Contraloría General de la República, 1999).

El actual enfoque de focalización de subsidios atenta contra los pobres

En lo que atañe a la exclusión, estudios recientes develan los problemas de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben como su instrumento metodológico de aplicación. De acuerdo con estos, sus problemas trascienden los de índole meramente administrativo y técnico. El discurso del cual deriva el Sisben está atravesado por los valores de una racionalidad de justicia distributiva utilitarista y Rawlsiana, y por el imperativo económico de focalizar y disminuir el gasto social (Vega Romero, 2001).

Parece que para efectos de asignar subsidios para el aseguramiento en el régimen subsidiado de grupos e individuos necesitados, los procesos de decisión basados en el discurso económico de focalización del gasto y, en particular, en las normas, reglas y procedimientos para la selección socioeconómica de potenciales beneficiarios del subsidio para aseguramiento en atención médica como el Sisben, podrían estar lejos de ser política y éticamente aceptables, porque marginarían a sectores importantes de la población, con grandes perjuicios para su bienestar, tanto porque serían un obstáculo para acceder a las oportunidades para atender la enfermedad, como para mejorar la salud y escoger libremente estilos de vivir.

La decisión de asignar subsidios y seleccionar beneficiarios teniendo en cuenta solo el



cálculo estadístico de las condiciones de bienestar acumuladas por una población sobre la base del peso histórico dado a ciertas variables socioeconómicas y demográficas agregadas, podría marginar a ciertos grupos sociales de los beneficios de los medios modernos de atención médica y excluirlos de las oportunidades para satisfacer sus necesidades de salud, y además, castigarlos por el nivel de bienestar familiar e individual alcanzados.

En este sentido, se ha argumentado que “el Sisben sufre de una rigidez valorativa discutible en cuanto a los criterios para definir pobreza” (De Currea-Lugo, 1998, p. 65) y sobre su influencia respecto de la satisfacción de necesidades de atención médica. Este índice también puede ser cuestionado porque, por ejemplo, una persona puede estar en pobreza respecto de sus ingresos para satisfacer sus necesidades de acceso a servicios médicos, pero no para otras dimensiones de su bienestar (ver Townsend, 1979, 1993 y 1997)³. Muchas evidencias son consistentes con el hecho que los ingresos bajos están más asociados con pobre salud (un buen resumen de éstas puede encontrarse en Benzeval y Webb, 1995) y con mayores dificultades para acceder a los servicios médicos que lo que pudieran estar reflejando los índices agregados de condiciones de vida como el Sisben (Wilkinson, 1996).

La política de focalización y el Sisben no reflejan cómo inciden en la salud de la población y en la satisfacción de sus necesidades de atención médica, condiciones geográficas y sociales específicas como el perfil epidemiológico de una localidad, la enfermedad, la discapacidad, las diferencias de género, el tamaño y composición de la fami-

lia, o la discriminación por razones étnicas o de otro tipo (ver Townsend, Phillimore y Beattie, 1988 y Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999). El método y la política están soportados en la idea de la constitución de un sujeto racional optimizador de sus acciones en función de la utilidad resultante de las relaciones entre los índices de utilidad del consumo, del ingreso y de la dotación de capital humano (ver, Vélez, Castaño y Deutsch, 1999). Este modelo del actor racional del mercado puede no ser necesariamente compartido por otros actores cuya racionalidad puede estar legítimamente fundada en otros valores.

La exclusión por parte del Sisben de importantes grupos de la población para efectos de los subsidios del Estado, ha generado el rechazo no solo de los afectados como pacientes sino de aquellos bajo cuya responsabilidad está la atención médica (ver por ejemplo, Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá, 1998; *El Colombiano*, 9 de abril de 2000; *Nueva Gaceta*, 2000). El Sisben podría no solo convertirse en una barrera de acceso más para la población que no clasifica como beneficiaria del régimen subsidiado (Cendex, 1999), sino que además materializa una práctica de gobierno que generaría y acumularía grandes efectos negativos entre los sujetos sociales excluidos por la imposición de una racionalidad que colinda con la violación del derecho a la vida, a estar enfermo, a la atención médica y a la escogencia de diversos estilos de vida.

Paradójicamente, la inclusión de beneficiarios en el régimen subsidiado no siempre ha sido el resultado de la estricta aplicación del criterio técnico del Sisben sino de decisiones políticas que expresan la lucha entre distintos actores alrededor de la distribución de los recursos disponibles y que no siempre reflejan, dada la ausencia de una amplia participación social en la toma de

3 Estos datos no incluyen la población vinculada que recibe atención con subsidios a la oferta a través de los servicios públicos de salud.



decisiones, las necesidades de los afectados (Cendex, 1999). Así, por ejemplo, en los foros regionales para la evaluación integral del Sisben realizados con funcionarios de distintos niveles del poder territorial (DNP-Ministerio de Salud-Misión Social-PNUD, 2000, p. 10) no solo no escapa a la observación de algunos de ellos la manipulación política de este instrumento sino también “la incapacidad del Sisben para medir la liquidez de corto plazo de las familias”.

Dos investigaciones recientes, la del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional y del Ministerio de Salud (CID-UN, 2001) y la realizada por los Programas de Posgrado en Administración de Salud de la Universidad Javeriana en convenio con la Secretaría Distrital de Salud y la Red de Hospitales del Suroccidente de Bogotá (Vega, Hernández y Barajas, 2001), coinciden en señalar que el Sisben en Bogotá, dado el tipo de variables que incluye y los criterios valorativos de la línea de corte que pretende separar a los pobres de los no pobres, es una metodología muy débil y poco eficaz para identificar pobreza y a los más pobres, y para medir la efectiva necesidad de acceso de esta población a los servicios de salud.

La medicina y la práctica médica, el sector público y los pacientes en entredicho

Este sistema no es bueno para nuestros ideales de justicia social porque adicionalmente genera más pérdidas a los aseguradores y prestadores públicos de servicios de salud, colocándolos en desventaja para competir, mientras crea las condiciones para incrementar las ganancias del sector privado.

Los datos de la Supersalud (2000) sobre las utilidades o pérdidas acumuladas por las EPS y los análisis de Londoño de la Cuesta (2000) indican que a diciembre de 1999 la

empresa privada se consolida en el sector mientras las entidades públicas acumulan pérdidas. Sin duda alguna el principal beneficiario de los recursos disponibles es el sector privado cuya participación en el manejo de los recursos del aseguramiento y en la prestación de los servicios es significativamente creciente. A junio de 1999 (ver Superintendencia Nacional de Salud 1999), el 81.5 por ciento de las IPS registradas eran privadas, el 16.1 por ciento públicas y sólo el 1.9 por ciento se habían transformado en Empresas Sociales del Estado (10 por ciento del total de 641 entidades públicas). Por el lado de los intermediarios aseguradores 18 de las 29 EPS existentes pertenecen al sector privado y su rentabilidad supera con creces a las EPS públicas, 20.2 por ciento frente a 5.9 por ciento.

Además, viene destruyendo el capital físico, tecnológico y humano acumulado por el sector público de servicios de salud con el esfuerzo de siglos, en un país en donde la emergencia, preservación y desarrollo de lo público ha sido la mejor garantía para satisfacer las necesidades de los pobres, de los desempleados, de los marginados y excluidos de todo tipo, y de las poblaciones dispersas en la geografía nacional. La actual crisis del Instituto de los Seguros Sociales y de muchos hospitales públicos a escala nacional es una fiel manifestación de esta situación.

Desincentiva la calidad científica y técnica de la práctica médica occidental. Hace a los médicos y demás profesionales de la salud dependientes de unas relaciones de mercado que los explotan y debilitan su autonomía profesional, y convierte la relación médico-paciente en un mecanismo para el control de costos (ver Academia Nacional de Medicina 1999).

Así mismo, excluye los conocimientos y prácticas ancestrales de los indígenas, los margi-



na frente a los beneficios y la toma de decisiones, y los hace objeto de la manipulación científica, económica y política, y del engaño (ver Villa Posse 1989, Garay Ariza 1990, Wade 1997, ONIC 1999, y Discurso Embera-Katío 1999).

Responsabiliza al paciente de preservar su salud mientras deteriora la acción del Estado para controlar los factores de riesgo no dependientes del comportamiento y los hábitos de los individuos y de las comunidades. En nombre de la libre elección somete al paciente a las reglas de juego de la competencia, al cálculo frío de una racionalidad utilitarista y controladora, y a la inmoralidad de los agentes y agencias de un mercado por naturaleza el más imperfecto (Arrow, 1963).

Se mantiene la corrupción y se des-estimula la participación social

A su vez, la lógica del sistema niega la participación social en la toma de decisiones para el diseño de las políticas fundamentales de salud cuando la falta de democracia como ejercicio participativo no discriminante está en la base de la violencia, de la corrupción y de la crisis política y social que vivimos.

Incentiva, o al menos es permisivo, con una variedad alarmante de actos fraudulentos que comprometen a gran parte de sus actores (ver Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 1999), y que acumulan cifras inimaginables de despilfarro de recursos públicos en un país en crisis económica y con una enorme cantidad de población pobre y necesitada. Además, se conoce que la evasión y la elusión privadas y las deudas del Estado con el régimen subsidiado alcanzan cifras fabulosas (ver Plata, Giedión, González-Morales y Bloom, 1999; DNP-Misión Social, PNUD, 2000).

garantizar igualdad de acceso a los servicios médicos a los sectores más desprotegidos, discriminados y marginados de la población, y de generar satisfacción en los pacientes y en los practicantes de la medicina disponiendo de recursos financieros como nunca antes (ver Yepes Luján 1999). Por el contrario, en un país donde la pobreza se extiende cada vez más, en vez de servir como medio para la redistribución de la riqueza y de los ingresos, los concentra aún más en los grandes grupos financieros por vía de las prácticas maximizadoras de la ganancia de sus intermediarios aseguradores y mediante el lucro personal y político de sus agentes (ver también Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 1999).

Resultados de la Reforma en la voz de los afectados

Una concepción de justicia social que se plantea trabajar en la dirección de la igualdad y de la pluralidad debe tomar en cuenta, además de la universalización de la cobertura del aseguramiento, la igualdad en el acceso y uso de los medios de salud y los resultados en salud, aspectos que tienen que ver con el estímulo y el respeto de la libertad de los sujetos sociales para preservar sus tradiciones culturales, la racionalidad particular que orienta sus acciones, la toma de decisiones respecto de sus estilos de vida, y su autonomía frente a relaciones de poder que coartan su independencia. Algunos casos son útiles para ilustrar este planteamiento y resumen lo dicho hasta ahora.

En el primero, un debate público entre las agencias intermediarias del aseguramiento, los dueños de hospitales y clínicas privadas y los practicantes de la medicina, ha tomado lugar alrededor de los efectos de la regulación de la conducta médica por parte de mecanismos gerenciales y económicos del



sistema. Los profesionales de la salud sostienen que este sistema ha introducido mecanismos para el control de la práctica médica que no solo han reducido sus ingresos sino que han empeorado la calidad del cuidado médico y las relaciones entre ellos y los pacientes (Redondo Gómez, 1997; *El Tiempo*, 1º de febrero de 1999, 7 de octubre de 2001; Salud Colombia, 2000); de hecho los médicos afirman que “la relación médico paciente se ha vuelto un acto administrativo en el cual los más importantes valores han llegado a ser el incremento de la productividad, la disminución de costos y la generación de beneficios para otros” (*El Tiempo*, 1º de febrero de 1999).

De acuerdo con el doctor Gilberto Rueda, presidente de la Asociación Colombiana de Medicina, la independencia de los médicos para tomar decisiones científicas y técnicas se ha visto disminuida por las agencias administrativas intermediarias interesadas en la eficiencia y el beneficio económico (*El Tiempo*, 1º de febrero de 1999). Al mismo tiempo, algunos propietarios de hospitales y clínicas privadas aseguran que los cambios son esenciales para controlar los costos de las intervenciones médicas. Los intermediarios justifican estas regulaciones argumentando que los médicos son pobres tomadores de decisiones en materia de gasto (*El Tiempo*, 24 de enero y 1º de febrero de 1999).

En otro ejemplo, ha sido tradicional que los planes y políticas de salud de los gobiernos colombianos no hayan tomado en cuenta las características culturales, deseos de autonomía y el consentimiento de los pueblos indígenas. Hay una vieja y fuerte tendencia en los tomadores de decisiones políticas en salud a ignorar los conocimientos y prácticas indígenas sobre medicina y, por el contrario, a imponer sobre ellos los conocimientos y prácticas de la medicina occidental (ver Villa

Posse, 1989; Garay Ariza, 1990; y Hernández, Ardón y Sáenz, 1996).

A pesar de que desde 1990 ha tenido lugar un importante desarrollo jurídico formal que no solo reconoce la diversidad cultural y étnica de la población colombiana sino también el derecho a la igualdad de oportunidades y a la participación en los procesos de toma de decisiones políticas en salud, aún no han sido logrados cambios prácticos significativos para las poblaciones indígenas.

Algunos grupos sostienen que las instituciones responsables de desarrollar y coordinar programas de salud nunca se han comprometido, ni han permitido, diseñar una propuesta acorde con las particularidades culturales, sociales y económicas de la población indígena (Discurso Embera-Katío, 1999), y las organizaciones indígenas afirman que durante los años de implementación de la reforma, el milenarismo sistema de salud indígena y los procesos organizativos de sus comunidades han sido afectados por las imposiciones del sistema de salud y por el hecho de que no han sido tomadas en cuenta sus tradiciones, hábitos y costumbres relacionadas con la explicación de la salud y de la enfermedad, sus procedimientos terapéuticos, el uso de prácticas tradicionales y de plantas medicinales y los elementos culturales asociados a su concepción del bienestar (ver ONIC, 1999).

Desde una perspectiva de género, el nuevo sistema niega las específicas y particulares necesidades de salud y de atención ligadas a las diferencias biológicas y sociales de hombres y mujeres, reduce la salud femenina a la esfera reproductiva mientras excluye a los hombres de sus derechos reproductivos y perpetúa las relaciones de subordinación de las estructuras de parentesco para el acceso y uso de servicios de salud (ver Hernández, 1998).



Evidencias que en el caso de las mujeres ilustran la inadecuación de la atención y los problemas de acceso son: la sobremortalidad femenina por cáncer asociada menos a la agresividad de las patologías que a la atención inadecuada en sus primeros estadios; la persistencia de la mortalidad ligada a las complicaciones totalmente evitables del embarazo, parto y puerperio como principales causas durante la edad reproductiva; las patologías derivadas de la responsabilidad de la regulación de la fecundidad que recaen principalmente sobre las mujeres, asociada a la escasa asignación de recursos para investigación sobre anticoncepción masculina; la desprotección salarial y de atención sanitaria de las mujeres dedicadas al trabajo doméstico y durante los períodos de maternidad y vejez; las muertes generadas por abortos mal practicados, y la prevalencia de la depresión femenina por causas no debidas a desórdenes hormonales (para una ilustración de estos aspectos ver los trabajos de Hernández, 1998; Restrepo, Palthier, Machado y Sennor-Miller, 2000; Profamilia, 2000).

La racionalidad del sistema explica su crisis

Se puede afirmar que las políticas y métodos que han dominado el escenario de las estrategias gubernamentales en Colombia para enfrentar las desigualdades en salud y de acceso a los servicios de salud durante las últimas tres décadas, no sólo han hecho que persistan sino que incluso han acentuado grandes e injustas desigualdades en el acceso y uso de servicios de salud entre individuos y grupos sociales de la población, como ya se ha insistido. Nuevas e inaceptables relaciones de dependencia, exclusión, discriminación y marginación que vulneran la autonomía y libertad de los individuos y de los grupos sociales, han sido introducidas en los sistemas de salud por las reglas

de juego, reglamentaciones y técnicas de los discursos dominantes (ver Ahumada, 1996; Vega Romero, 1999; Tono, 2000).

Las transformaciones políticas e institucionales introducidas por los gobiernos de principios de los años noventa han resultado en la emergencia de una nueva forma de gobernar la salud de la población, los servicios de salud, los individuos y las comunidades. El examen de los discursos y prácticas sobre aspectos administrativos, jurídicos, económicos, médicos, sociales y políticos de la salud y de los servicios de salud muestran que ha emergido una forma de gobierno distinta, por su contenido y métodos, de la prevaiente hasta entonces. Esta nueva forma de gobierno ha significado una ruptura con la tendencia liberal intervencionista latinoamericana en el campo de la salud inaugurada en la década de los sesenta con el Plan Decenal de Salud de las Américas (OPS/OMS, 1973) y concretada en Colombia con la creación en 1975 del Sistema Nacional de Salud (Vivas, Tarazona, Caballero y Marrero, 1988).

Como sucedió en el pasado, la aparición en los años ochenta y noventa de un nuevo estilo de gobierno de la salud de la población y de los servicios médicos, ha estado relacionada con las presiones económicas y políticas impuestas sobre los pueblos latinoamericanos por las organizaciones financieras internacionales y por organismos especializados del sector.

Detrás de estas reformas políticas hay una serie de relaciones de poder y saber que han sido articuladas en un discurso común. Han sido promovidas para responder a las demandas populares de justicia social y democratización política, pero especialmente con el fin de adaptar el sector salud a los nuevos imperativos de modernización económica y política de las naciones latinoamericanas, para hacerlas más eficientes frente a las exi-



gencias competitivas del modelo de desarrollo económico dominante y garantizar el pago de la deuda externa (ver OPS, 1995; Ahumada, 1996).

Ligadas a estas relaciones de poder están las importantes mutaciones producidas en el plano del saber y de las tecnologías, que también han ayudado a dar origen a las racionalidades y prácticas en el campo de la salud. De un período a otro se han producido transformaciones en los dominios del saber médico y epidemiológico, de la salud pública y de la economía, de la administración y de la seguridad social, algunas de las cuales han sido estratégicamente seleccionadas, articuladas y generalizadas por los discursos sobre el gobierno de la salud de la población y de los servicios médicos de las elites nacionales e internacionales dominantes.

Esas concepciones han sido presentadas y difundidas en los países de América Latina por la banca internacional y las agencias sanitarias internacionales como la OPS y la OMS, como correspondientes a procesos evolutivos naturales, universales y necesarios para la reforma de los sistemas de salud, y concebidas como las mejores estrategias políticas en el sector de la salud para reducir el gasto público y luchar contra la pobreza en el contexto de la globalización (ver Banco Mundial, 1987 y 1993; Ahumada, 1990; OPS, 1995).

El Banco Mundial (1993), por ejemplo, ha justificado intervenciones directas del gobierno en el campo de la salud solo en tres casos: primero, para la financiación de un conjunto de servicios clínicos “esenciales” como una estrategia para reducir o aliviar la pobreza. Segundo, para suministrar un conjunto de bienes públicos tales como las inmunizaciones y educación en salud, que no puede ser provisto por el mercado dado que estos no son bienes privados. Tercero,

para corregir las deficiencias del mercado en materia de equidad y eficiencia en las áreas de cuidados de la salud y seguros médicos; estas deficiencias se refieren a problemas de selección adversa, riesgo moral, y otras, tales como externalidades y competencia imperfecta entre los proveedores de servicios médicos, los pacientes, y aseguradores. A partir de estos criterios, que delimitan el perfil de un sistema de salud gobernado por relaciones de mercado y Estado mínimo (ver Vega y Cardona, 1992), el Banco ha recomendado crear un seguro universal con competencia regulada entre agencias aseguradoras y prestadoras de servicios médicos, privadas y públicas, como la mejor forma para resolver los problemas de inequidad e inmoralidad.

Estas prescripciones han sido asumidas por los gobiernos y fueron introducidas al sistema de salud colombiano con la ayuda de una nueva generación de administradores públicos, economistas, administradores de salud, algunos salubristas y otros expertos. Aunque algunos de los defensores de esta nueva racionalidad como Díaz Uribe (1990), Jaramillo (Ministerio de Salud/Acomsap, 1990), y Londoño (1997), han sostenido que la constitución de las nuevas políticas de salud ha sido el resultado de un proceso político democrático, pluralista y participativo, lo que parece claro es que ellos han traído a existencia una reforma cuyo contenido ha estado fuertemente vinculado a las posiciones de poderosos actores internacionales y locales. De hecho, las demandas de la población y las posturas de intelectuales no vinculados a esos actores fueron interpretadas desde la perspectiva de esas estrategias o excluidas desde el comienzo (ver Cárdenas y Olano, 1992; Hernández Álvarez, 2000; Vega Romero, 2001).

De esta manera, ha sido creado un sistema conducido por los afanes de la competen-



cia; la obsesión «eficientista» de técnicas gerenciales para el control de gestión y de costos; las exclusiones que genera la política de focalización del gasto social y sus técnicas para la selección y la asignación de subsidios para la demanda de asistencia médica de los sectores más pobres de la población; técnicas gerenciales para el control de factores de riesgo en manos de agencias autónomas; la combinación de diferentes técnicas de aseguramiento; y el uso de modelos y técnicas de costo-eficiencia, costo-beneficio y costo-efectividad para el diseño de los planes de salud y para la asignación de recursos entre los diferentes niveles de intervención.

No hay duda que la reforma ha abierto espacio para la privatización de los servicios de salud y para una amplia operación de relaciones de mercado. Reduce la justicia social a una concepción de ampliación de la cobertura de los servicios médicos con base en una estrategia fundada en criterios de eficiencia, focalización del gasto social y entrega a la población más pobre de servicios primarios y clínicos esenciales baratos. Creó “libertad” y “autonomía” pero fundamentalmente en orden a lograr una mejor operación de las relaciones entre el mercado y el Estado.

Esta reforma estableció las condiciones para la intervención de las fuerzas de un Estado mínimo y de un mercado cuya acción se fundamenta en el control de la conducta y el comportamiento de los individuos para lograr el autocuidado de la salud, de acuerdo con ciertos patrones preestablecidos y el control de la demanda de los servicios médicos orientado a disminuir el gasto público y a garantizar las ganancias de los agentes privados del sistema. Esta hipótesis toma forma en la realidad si se consideran los anteriores elementos de juicio fruto de la experiencia hasta ahora vivida.

Por esto, no hay razones para pensar que la racionalidad de mercado que lo orienta es la mejor alternativa para los colombianos y que lo que habría que hacer es perfeccionar su aplicación. Por el contrario, las evidencias acumuladas por el discurso popular, por las investigaciones de los expertos, por los informes de los organismos de vigilancia y control durante los años de su implementación y aun por las cifras oficiales, evidencian la crisis del sector y la necesidad de constituir un nuevo discurso sobre políticas de salud y seguridad social, que reposicione el papel del Estado en el sistema para garantizar universalidad en el acceso e igualdad en el uso de los más diversos y aceptados medios de salud, de acuerdo con las necesidades y escogencias de la población, para promover relaciones de libertad y autonomía entre los sujetos sociales y para garantizar un mejor desempeño económico y social del sistema.

Epílogo.

Fortalecer la responsabilidad del Estado y la participación social

Como se ha demostrado, la lógica formal de mercado de la seguridad social en salud en Colombia, no solo no resuelve las demandas de justicia social de amplios sectores de la población colombiana sino que choca con las racionalidades locales o substantivas de actores sociales como los médicos, los pacientes y los usuarios, que se apoyan en valores legítimos distintos.

La salida a esta encrucijada podría estar en alternativas creadas conjuntamente por estas distintas voces y racionalidades a partir del diálogo. Ellas podrían ayudar a constituir nuevos discursos de la política de salud en donde el derecho a la salud, la igualdad, la libertad, la autonomía y la solidaridad, pudieran llegar a constituirse en alternativas hegemónicas pero abiertas a una constante



reconstitución y reordenamiento mediante la apertura de espacios para la lucha de intereses y puntos de vista, el diálogo y la participación.

La historia de la emergencia y constitución de los sistemas de salud más exitosos, como elementos integrantes de una política más amplia de bienestar social, enseña que los sistemas de salud se han convertido en campos propicios para transformar la guerra (que es la negación de la vida y de la salud) en batalla política para garantizar el derecho a la vida en todas sus expresiones, y el derecho al cuidado del cuerpo y a estar enfermos. Este derecho ha sido consolidado como el derecho a un universal e igual acceso y uso de los cuidados médicos, en ocasiones a través del triunfo de partidos políticos y de otros movimientos sociales, y en otras por vía de acuerdos mínimos entre los contendientes para transformar la guerra en condiciones de paz y democracia (ver Foucault, 1976; Giddens, 1998, y Webster, 1998).

Es en las condiciones de una amplia democracia donde no sólo la movilización social y política por la salud podría florecer como mecanismo para resolver los conflictos sociales, sino también para la expresión de la diversidad de demandas y deseos de quienes claman justicia y de los distintos discursos científicos, tecnológicos y culturales que buscan interpretarlos.

En estas condiciones, lo que pudiera ser demandado como igualdad consultaría no solo la contingencia de lo que deba ser considerado como medio de salud, sino también el avatar de las interpretaciones conflictivas de la igualdad, dada la diversidad humana (Sen, 1992). Así, parafraseando a Sen (1999), la cuestión relativa a la asignación y distribución justa de los recursos sociales no podría dissociarse del papel que desempeña la política basada en la participación y el debate público bien informado.

Bibliografía

- Academia Nacional de Medicina, 1999. *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma de la Seguridad Social en Salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Santa Fe de Bogotá.
- Ahumada C, 1996. *El Modelo Neoliberal y su Impacto en la Sociedad Colombiana*. Santa Fe de Bogotá: Áncora Editores.
- Arrow KJ, 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. En: *The American Economic Review*. Vol. LIII, No. 5, Diciembre 1963.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, 1999. "Posición de la ACHC frente a la reforma de la Ley 100 y la corrupción dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud", *Hospitalaria*, No. 6, p. 6-8, Santa Fe de Bogotá.
- Banco Mundial, 1987. *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. A World Bank policy study. Washington.
- Barón Leguizamón G., 2001. *Proyecto Cuentas Nacionales en Salud de Colombia*. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación/Dirección de Desarrollo Social/Subdirección de Salud.
- Benzeval, M. y Webb, S., 1995. "Family Poverty and Poor Health". En: Benzeval, M., Judge, K. and Whitehead, M. (Ed.) 1995. *Tackling Inequalities in Health. An agenda for action*. King's Fund: London.
- Cambio, 1999. *Una Crisis Cantada*, 299, Santa Fe de Bogotá, 8 de Marzo de 1999.
- Cárdenas ME, y Olano G, 1992. *Reforma de la Seguridad Social en Salud*. Santa fé de Bogotá: Fescol, FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona.
- Castel R, 1997. *Las Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Cendex - Centro de Estudios para el Desarrollo -, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999. *Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado de*



- Salud en Colombia: Seis estudios de caso.* Santafé de Bogotá
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID – Universidad Nacional de Colombia, 2001. “*Sisben: identificación y afiliación al régimen subsidiado*, Anexo. Bogotá, CID/Universidad Nacional – Programa de Apoyo a la Reforma, borrador preliminar.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal, 2001. *Panorama social de América Latina 2000-2001*, informe preliminar. Chile, Cepal.
- Céspedes JE; Almeida C. y otros, 1999. *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. Proyecto elaborado por investigadores de los posgrados en Gerencia de Servicios de Salud de la Escuela Superior de Administración Pública, ESAP, como parte del Programa *Equity-oriented health Policy analysis in Latin America* de la Red de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur.
- Contraloría General de la República, 1999. *Evaluación del Funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud*. Santa Fe de Bogotá, Septiembre de 1999.
- De Currea-Lugo, V., 1998. “Derechos Humanos y salud: la letra menuda de la Ley 100”. En: Patiño Restrepo, J. F., y Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia (Ed.), 1999. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la medicina como profesión y como ciencia*. Santa Fe de Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- De Correa-Lugo, V., 2000. “La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho”. En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Santa Fe de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, p. 191-308.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 1998. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997*, Boletín de Prensa, Santa Fe de Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP-Misión Social, 1998. *Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo sistema de seguridad social en salud en Colombia: 1993-1997*. Informe final de Consultoría. Santa Fe de Bogotá: Econometría, octubre de 1998.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP-Misión Social-PNUD, 2000. *Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999*. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo.
- , 2001. *Desarrollo Humano Colombia 2000*. Bogotá, AlfaOmega Grupo Editor.
- Departamento Nacional de Planeación, 2000. *Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, borrador, 29 p.
- , 2000b. *Informe de Coyuntura Económica e indicadores sociales*, No. 26. Bogotá, DNP/SISD, julio de 2000.
- Departamento Nacional de Planeación – Ministerio de Salud – Misión Social-PNUD, 2000. *Memorias Foros Regionales del Sisben*. Evaluación Integral. Santa Fe de Bogotá: Noviembre de 2000.
- Díaz Uribe E, 1990. “Lineamientos para la Reestructuración del Sistema Nacional de Salud”. En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.), 1990. *Reorganización del Sistema del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social*. Vol. 1, Bogotá-Colombia.
- Dinero*, 2000. *La Salud se Consolida*. Edición 106, abril 28 del 2000.
- Discurso Embera-Katío, 1999. *La salud y los Pueblos Indígenas: El caso de los Embera-Katío del Alto Sinú en la zona de Urrá - Córdoba*. Ponencia presentada en el ciclo de conferencias de Salud Internacional. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Mayo de 1999.
- Echeverry López E., 2000. *La Salud en Colombia de cara al Siglo XXI: Entre la desigualdad y la violencia*. Ponencia preparada para presentar en el diálogo sobre salud en el marco del Diálogo Global Colombia, ExpoHannover 2000. Publicado en agosto de 2001 por Viva La Ciudadanía, Bogotá.
- , 2001. *El derecho a la salud a diez años de la Constitución de 1991*. Documento inédito.
- El Colombiano, 2000. *Comunicado de Directores de Hospitales de Medellín y Antioquia al Gobernador de Antioquia y al Alcalde de Medellín*. Abril 9 de 2000, p. 3-D.
- El Tiempo*, 1999a. *Hospitales: O cambian o mueren*. Bogotá, 25 de Enero de 1999.
- , 1999b. *Régimen Subsidiado: Pacientes de papel*. Bogotá, 26 de Enero de 1999.
- , 1999c. *Los Médicos: ¿Resistentes al cambio?*. Bogotá, 1º de Febrero de 1999.
- , 2001a. *Médicos se confiesan (1)*. Bogotá, 7 de octubre de 2001, p. 1-6, 1-7.
- , 2001b. *La salud en bancarrota*. Bogotá, lunes 8 de octubre de 2001.
- , 2001c. *Al sector de la salud no le cuadran las cuentas*. Bogotá, martes 9 de octubre de 2001.
- Eslava J, Hernández A, Ruiz F y otros, 1999. *Factores Condicionantes y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud para la Población del Régimen Subsidiado y los Participantes Vinculados del Nivel III del Sisben de 14 Localidades del Distrito*. Santa Fe de Bogotá: Universidad Javeriana – Secretaría Distrital de Salud, Documento Técnico ASS/691B-99.
- Estadística SA, 1997. *Dimensionamiento y Caracterización de la Población de Participantes Vinculados en*



- Santa Fe de Bogotá* D. C. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Area de Aseguramiento.
- Fedesarrollo, 2000. "El sistema de seguridad social en salud: logros y retos", en: *Revista Coyuntura Social*, No. 23, noviembre de 2000, p. 31-53.
- Foucault M, 1976. La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Anti-medicina. En: *Educación Médica y Salud*, Vol. 10, No. 2, 1976
- Garay Ariza, G, 1990. "Elementos para un Diálogo Intercultural". En: *Memoria del Primer Seminario de Antropología Médica*. Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fe de Bogotá.
- Giddens A, 1998. *The Third Way. The renewal of Social Democracy*. Cambridge: Polity Press.
- Hernández Alvarez M, 2000. "La Salud en el Proceso de Paz". En: Corporación Salud y Desarrollo (Ed.) 2000. *Conversaciones de Paz. La salud en la agenda para la paz*. Santa Fe de Bogotá - Colombia.
- , 2000a. "El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización". En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Santa Fe de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, p. 135-164.
- Hernández Bello A., 1998. *Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia*, Serie Financiamiento del Desarrollo No. 73, Proyecto conjunto Cepal/GTZ Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe, Unidad de Financiamiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- , Ardón Centeno N, y Sáenz, Beltrán J, 1996. *Sistemas de Salud de las Comunidades Indígenas y Negras de Colombia Estudiadas por la Gran Expedición Humana*. Serie reportes de Investigación No. 9. Bernal Villegas J, (Ed.) 1996. Terrenos de la Gran Expedición Humana. Santa Fe de Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.
- Jaramillo Pérez I, 1990. "Institucionalización de la Descentralización Administrativa y la Participación Comunitaria". En: Ministerio de Salud/Acomsap (Ed.) 1990. *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social*, Vol. 1, Bogotá, Colombia.
- , 1999. *El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1993, cinco años después*. Cuarta Edición. Santa Fe de Bogotá: Fescol, Fes, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona.
- Jaramillo Pérez I, Olano G, y Yepes Luján FJ, 1998. *Ley 100. Cuatro años de implementación*. Santa Fe de Bogotá: Assalud, Fescol y otros.
- Lamas AE, 1997. "Mitos y Desafíos de la Política Social". En: Rojas MC y Delgado A (Eds) 1997. *Política Social. Desafío y Utopías*. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana
- Londoño De la Cuesta, JL, 1997. "Entrevista a Juan Luis Londoño: Presente y Futuro de la Reforma de Seguridad Social en Salud". Entrevista hecha por Gloria Arango. *Salud y Gerencia*, No. 15, Santa Fe de Bogotá: Programas de Posgrado de Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana.
- , 1999. "Se logró extender la cobertura, pero la mitad de la plata desapareció", entrevista realizada por Gloria Arango, *Hospitalaria*, No. 7, Octubre de 1999, Santa Fe de Bogotá: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
- , 2000. "Economía, Salud y Finanzas: ¿Qué esperar en estos tiempos difíciles?", *Vía Salud*, No. 11, Santa Fe de Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria, p. 6-12.
- Machado MH, 1993. "La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas". En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: organización Panamericana de la Salud.
- Málaga H., Latorre M.C., Cárdenas J., Montiel H., Sampson C., De Tabora M.C., Granados R. Y Pastor D., 2000. "Equidad y reforma en salud en Colombia", trabajo presentado en las X Jornadas Colombiana de Epidemiología en Cali, octubre de 2000 y publicado en *Revista de Salud Pública*, vol. 2, No. 3, p. 193-219.
- Martínez P., Rodríguez L, y Agudelo C., 2001. "Equidad en la política de reforma del sistema de salud", en: *Revista de Salud Pública*, vol. 3, No. 1, p. 13-39.
- Ministerio de Salud, 1994. *La Reforma a la Seguridad Social. Antecedentes y Resultados*. Tomo I: Santa Fe de Bogotá.
- , 1999. *Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República 1998-1999*. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- , 2000. *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado y Cámara 1999-2000*.
- , 2001. *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado y Cámara 2000-2001*.
- Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud, 1991. *Encuesta Nacional sobre Conocimientos Actitudes y prácticas en Salud 1986-1989. Demandas y Utilización de Servicios de Salud*, Bogotá: Ministerio de Salud.
- Moreno Guerrero, H., 2001. "La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda", en: *Archivos de Economía*, No. 145, Dirección de Estudios Económicos, Departamento Nacional de Planeación, abril de 2001, 25 p.
- Nueva Gaceta*, 2000. *La salud y la política neoliberal*. Separata especial. No. 1, edición en prensa.



- OPS/OMS, 1973. *Plan decenal de Salud de las Américas*. Informe final de la tercera reunión de Ministros de Salud de las Américas. Washington: OPS/OMS, documento No. 118.
- Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC, 1999. *Propuesta de Adecuación a la Ley 100 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Santa Fe de Bogotá, febrero de 1999.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, 1995. *Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una agenda regional para la reforma del sector salud*. Reunión especial sobre Reforma del Sector salud. Washington: Septiembre 29-30, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS – Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud, 2000. *Programa Ampliado de Inmunizaciones “PAI” Colombia*, boletín especial cambio de milenio. Santa Fe de Bogotá.
- Oróstegui M. y otros, 1990. “Situación de Salud. En: *La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud*.. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación - Ministerio de Salud, p. 257-261.
- Palthiel f, 1993. “La salud mental de la mujer de las Américas”. En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Paredes N, 2000. “A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano, ¿qué ha pasado con el derecho a la salud?”. En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Santa Fe de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, p. 167-187.
- Plata B, Giedión U, Morales LG, y Bloom E, 1999. *La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia*. Santa Fe De Bogotá: Fedesarrollo, Fundación Corona.
- Plaza B y Barona AB, 1999. *Afiliación de Población Pobre al Sistema de Salud: el caso colombiano*. Santa Fe de Bogotá: DNP, Fundación Corona, NAADIR.
- Profamilia, 2000. *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Bogotá, Colombia.
- Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Cárdenas H y Wiesner C, 1998. “La salud y el Desarrollo (1958-1974)”, *Papel Político*, No. 7, p. 37-67.
- Redondo Gómez H, 1997. “La Reforma de salud y su impacto en la situación de los profesionales de salud. En: *Salud y Gerencia*, No. 15, Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Restrepo H, 1993. “Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y El Caribe”. En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Restrepo MI, 1999. “Se Deteriora la Calidad de Vida”. Portafolio. Diciembre de 1999. Citado por Echeverry López ME, 2000, en: *La Salud en Colombia de Cara al Siglo XXI: Entre la desigualdad y la violencia*. Ponencia preparada para presentar en el diálogo sobre salud en el marco del diálogo global Colombia, ExpoHannover 2000, documento inédito.
- Revista Salud Colombia*, 1999^a. *Las EPS a junio de 1999*. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud41/informe.htm>
- , 1999b. Resultados EPS 1999. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud41/informe.htm>
- , 2000. *El Sorprendente Reporte sobre la Salud Mundial* <http://www.saludcolombia.com/actual/salud51/informe.htm>
- , 2001. *Cobertura de la seguridad social en salud y equidad*. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud58/informe.htm>
- Sarmiento Anzola L, 1999a. *Exclusión, Conflicto y Desarrollo Societal*. Colombia: Ediciones Desde Abajo.
- , 1999b. *Pugna Distributiva y Desarrollo Societal en Colombia*. Fescol – Análisis: Colombia.
- Secretaría de Salud - Alcaldía Mayor Santa Fe de Bogotá, 1998. *Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital 1990-1998*. Santa Fe de Bogotá, D.C.
- , 1996. “Capacidad y Bienestar”. En: Nussbaum, M.C. y Sen, A., (Ed.) 1996. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen A, 1992. *Inequality Reexamined*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Sen A, 1999. La Salud en el Desarrollo. Discurso inaugural pronunciado ante la 52^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, martes 18 de Mayo de 1999. En: OMS A52/DIV/9
- Superintendencia Nacional de Salud, 2000. *Comportamiento Individual y Sectorial Entidades Promotoras de Salud. Corte: Diciembre 31 de 1999*. República de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- , 2000a. *EPS: Afiliados al régimen contributivo*. Santa Fe de Bogotá, Boletín Estadístico No. 1, Julio de 2000.
- , 1999. *Resultados del proceso de inspección, vigilancia y control*. Serie Resultados No. 1, Santa Fe de Bogotá.
- Tono MT, 2000. “La Evolución del Acceso a la Salud en Colombia ¿Subsidios a la oferta o la demanda?”. En: *Vía Salud. Gestión, calidad y logros*, No. 12, p. 30-35. Santa Fe de Bogotá.
- , 2000^a. “Acceso a servicios de salud en Colombia: efecto del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos”,



- en: *Revista Coyuntura Social*, No. 23, Bogotá, Fedesarrollo, p. 144-165.
- Townsend, P., 1979. *Poverty in the United Kingdom*. London :Penguin Books.
- , 1993. *The International Analysis of Poverty*. Milton Keynes: Harvester Wheatsheaf.
- , 1997. "The Poverty Line: Methodology and international comparisons". En: Gordon, D. and Pantazis, C., 1997. *Breadline Britain in the 1990s*. Aldershot : Ashgate.
- Townsend P., Phillimore P. y Beattie A., 1988. *Health and Deprivation. Inequality and the north*. Croom Helm :London.
- Unicef – Centro Latinoamericano de Demografía, Celade. *Mortalidad en la niñez. Una base de datos desde 1960. Colombia*, Serie 01, No. 67, s.f..
- Vargas J. E., 1997. "Descentralización de los servicios de salud en Colombia". En: *Planeación y Desarrollo*, vol. XXVIII, No. 1, Santa Fe de Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, p. 143-198.
- Vega Romero R, 1999. *Health Care and Social Justice Evaluation. A critical and pluralist approach*. PhD Thesis, The University of Hull, Hull, England, UK.
- , 2001. "Análisis del Discurso de Focalización de Subsidios en Salud y del Sisben en Colombia Durante la Década de los Noventa". Documento preliminar de la investigación sobre "Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy Puente Aranda de Bogotá DC". Convenio Universidad Javeriana-Secretaría Distrital de Salud-Red de Hospitales del Suroccidente de Bogotá.
- Vega Romero R., Hernández Bello A., Barajas C., Conversa L. y Cantor B., 2001. *Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada, sin capacidad de pago, de las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda de Bogotá DC*". Convenio Universidad Javeriana-Secretaría Distrital de Salud-Red de Hospitales del Suroccidente de Bogotá.
- Velandia F.; Jara M.I.; Ardón N.; Cárdenas J.M. y Pérez N., 2000. "Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de servicios de salud en Colombia", Convenio Red de Investigación en Servicios y Sistemas de Salud, Rennis/Colciencias – Universidad Javeriana. Bogotá. Publicado en *Convocatoria sobre aportes a la evaluación de la seguridad social en salud en Colombia*, Resumen de investigaciones, Colciencias – Universidad de Caldas, Manizales, junio de 2001.
- Vélez C E, Castaño E. y Deutsch R. 1999. "Una Interpretación Económica del Sistema de Focalización de Programas Sociales: el caso Sisben en Colombia". En: *Coyuntura Social*, No. 21.
- Vega R y Cardona JF, 1992. "Revisión teórica acerca de la relación Mercado-Estado a propósito de la privatización de los servicios de salud en Colombia. En: *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesores Ltda.
- Villa Posse E, 1989. "Primer Seminario de Antropología de la Salud", *Universitas Humana*, vol. 18, No. 30, Santa Fe de Bogotá.
- Vivas J, Tarazona E, Caballero C, y Marrero N, 1988. *El Sistema Nacional de Salud*. Bogotá: Fedesarrollo/OPS.
- Wade P, 1997. *Race and Ethnicity in Latin America*. London: Pluto Press.
- Webster, C. 1998. *The National Health Service. A political history*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Wilkinson, RG, 1996. *Unhealthy Societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- World Bank, 1993. *World Development Report 1993* (Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud). Washington: Oxford University Press.
- Yepes A, 2000. "Colombia Cinco Años de Retrosos Continuos". Control Ciudadano - Social Watch. Uruguay. Citado por Echeverri López ME, 2000.

