

January 2015

Complejidades internas y externas en el sistema de la salud en Colombia durante el siglo XX

Robert Manuel Ojeda Pérez

Universidad de La Salle, Bogotá, mizapatav@yahoo.com.co

Maria Fernanda Lozano

Universidad de La Salle, Bogotá, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo>



Part of the [Eye Diseases Commons](#), [Optometry Commons](#), [Other Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Commons](#), and the [Vision Science Commons](#)

Citación recomendada

Ojeda Pérez RM y Lozano MF. Complejidades internas y externas en el sistema de la salud en Colombia durante el siglo XX. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2015;(2): 85-102. doi: <https://doi.org/10.19052/sv.2955>

This Artículo de Revisión is brought to you for free and open access by the Revistas científicas at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Complejidades internas y externas en el sistema de la salud en Colombia durante el siglo XX

Internal and external complexities in the Colombian health system during the 20th century

RÓBERT OJEDA PÉREZ*
MARÍA FERNANDA LOZANO**

RESUMEN

El servicio de salud en Colombia se ha transformado constantemente a través de varios modelos y cambios institucionales, lo cual amerita análisis considerables. Aun cuando, por lo menos en la teoría, estos modelos han buscado el desarrollo en la calidad de la prestación del servicio desde diferentes enfoques, y según las necesidades identificadas en el periodo de su implementación, es evidente que históricamente la población colombiana no percibe el servicio como eficiente. Por ello, es necesario identificar las falencias tanto internas como externas en la prestación del servicio, en función de establecer un dictamen de su futuro como prestación de servicio.

Palabras clave: salud, servicio de salud, equidad, desarrollo, políticas de salud, historia de la salud en Colombia.

Keywords: health, health services, equity, development, health policies, history of health in Colombia.

ABSTRACT

Health service in Colombia has been continually transformed through various models and institutional changes, which deserves considerable and important analysis. Although, at least in theory, these models have sought to improve the quality of service delivery from different approaches, and according to the identified needs in the implementation period, it is clear that, historically, Colombians do not perceive service delivery as efficient. It is therefore necessary to identify both internal and external shortcomings in service delivery with the purpose of establishing an opinion about its future.

* Doctorante en Educación y Sociedad por la Universidad de La Salle, Colombia. Magíster en Historia por la Universidad de los Andes, Colombia. Historiador por la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Actualmente se desempeña como docente investigador de la Facultad de Negocios y Relaciones Internacionales de la Universidad de La Salle.

** Estudiante de Economía en la Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Investigadora del grupo Negocios y Relaciones Internacionales de esta misma institución.

Cómo citar este artículo: Ojeda Pérez R, Lozano MF. Complejidades internas y externas en el sistema de la salud en Colombia durante el siglo XX. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2015;13(2):85-102.

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO HISTÓRICO

Para tener un panorama más concreto del sistema de salud en Colombia, es necesario hacer un recorrido histórico que se puede remontar desde el siglo XIX y llegar hasta nuestros días. Para lograrlo, el presente artículo busca evidenciar las diferencias entre la acción y el modelo de la salud y, de manera central, se mostrará la situación interna de la salud frente a la mirada externa y los modelos señalados de este servicio en el país.

Cuando Colombia se conocía como Estados Unidos de Colombia, la salud y el bienestar de los ciudadanos no era de vital importancia para el Estado, y ni siquiera se contemplaba dentro de la Constitución. La estructura del Estado presentaba una disputa de poder entre los partidos políticos de la época, y ello no permitía una organización integral. En la Constitución de 1863¹ vagamente se identifica un único acercamiento que se tenía en materia de salud. Así se expresa en el artículo 15:

La libertad de ejercer toda industria y de trabajar sin usurpar la industria de otro, cuya propiedad hayan garantizado temporalmente las leyes a los autores de inventos útiles, ni las que se reserven la Unión o los Estados como arbitrios rentísticos; y sin embarazar las vías de comunicación, ni atacar la seguridad ni la salubridad. (1)

Ahora bien, en 1886, la salud estaba marcada por el modelo higienista, que se describe como la primera intención del gobierno por solucionar la situación de salud. Este modelo rigió hasta 1946 y reconoce el problema de la salud como una preocupación estatal centralizada. En consecuencia, surge la Junta Central de Higiene (Ley 30 de 1886), desde la cual el Estado reconocía el concepto de salud-

1 La Constitución se limitaba a regular las relaciones entre los estados, a organizar el gobierno común y a determinar ciertos principios generales previstos como disposiciones comunes para incluir en las Constituciones individuales de cada uno de ellos.

enfermedad: la exposición a condiciones ambientales no adecuadas o, en otras palabras, cuidados en salud primaria o medidas de higiene (2).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, las instituciones eran inestables, así como los instrumentos financieros del país, que al estar directamente relacionados con el financiamiento del sector salud, frenaban cualquier intento de organización en la salud pública. Adicionalmente, la sociedad y la economía mostraban una fragmentación, producto de los rezagos de las constantes guerras que caracterizaron al país y de algunos eventos de orden público que obstaculizaron aún más los intentos de organización. “El inicio de este periodo ‘higienista’ puede demarcarse con la promulgación de la Constitución del 1886, en la cual se manifiesta la interacción del Estado de asumir el problema de la salud” (3).

Para ese momento se anuncia la Constitución de 1886, donde aparece por primera vez el papel del Estado como ente encargado de la supervisión de la salud en la población. Señala la Asamblea Nacional Constituyente de este año (4): “Las autoridades inspeccionarán las industrias y procesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas”.

No obstante, el manejo de la salud se caracterizó por su estructura rudimentaria y por su limitación únicamente a controles epidémicos y lineamientos internacionales, con una sola organización pública: la Junta Central de Higiene (JCH). Paradójicamente, se abordó el problema de la salud desde una premisa económica, sin aun tener en cuenta la importancia de esta en los índices de producción: “La JCH se ocupó de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental y, en particular, de lo relacionado con el control de puertos dentro de las orientaciones de las Convenciones Sanitarias Internacionales” (3).

Dado que el modelo higienista era el más extenso tanto en implementación como en ejecución, se realizaron varios cambios, generalmente basados

en las necesidades y los requerimientos sanitarios de la comunidad internacional, pero sin profundizar en las necesidades específicas de la población, aspecto que no necesariamente contemplaba la comunidad internacional. De esta forma, se buscó aumentar los índices positivos en la salud, pero solo hasta llegar al mínimo de exigencia internacional. Así lo indica Meza (3): “En el campo de la salud, la influencia norteamericana de este momento se evidenció en dos campos fundamentales: la política sanitaria y la educación médica”.

Aunque la salud era una preocupación para el Estado, no se le prestaba la importancia adecuada, por motivos políticos, económicos y omisiones demográficas del contexto. En cuanto a la población, el 70% era de tipo rural y de ingresos bajos, mientras que el restante 30% pertenecía a las ciudades y su nivel de ingreso era relativamente más alto que el de la población rural; por lo tanto, en las ciudades —donde estaba ubicada la clase dirigente del país— no se acreditaba la salud como una problemática de gran magnitud.

Por otro lado, en el campo la mortalidad era alta, y los cuidados en salud primaria eran desconocidos. La proximidad a la salud se hacía a través de rituales religiosos o prácticas primitivas ejecutadas en la mayoría de ocasiones por los directos afectados o por personal no capacitado, como chamanes, parteras y curanderos. En los pocos casos de acceso a la salud, los traslados eran largos y extenuantes; el resultado incluso era el deceso de los afectados.

Las epidemias y la falta de educación en higiene y salud pública llagaron a trasladarse a las ciudades, en parte por la deficiencia en infraestructura. Esto causó que en Bogotá se evidenciara de nuevo la epidemia de viruela a comienzos del siglo XX. Tras la creación de la JCH, la salud permaneció invariable durante los primeros sesenta años de su reconocimiento por parte del Estado. Con los primeros asomos tardíos de la industrialización, se cambia a un modelo de formalización de la salud, gracias a la Ley 90 de 1946 (5). Se estableció así el Instituto Colombiano de Seguros Sociales

(ICSS) como primer intento de organización de protección social. Este nuevo modelo fue ejecutado desde premisas organizativas de tipo alemán.

Se continúa así con el modelo de salud importada. En el periodo 1948-1957, bajo este modelo se formaliza un intento de modernización con la creación del Ministerio de Higiene, proceso que termina con el Segundo Seminario Nacional de Educación Médica, en 1957, que contó con la asesoría del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

Los años setenta del siglo XIX representaron para el país un momento de crecimiento a gran escala en términos económicos, gracias a su proceso de industrialización. En consecuencia, las empresas eran de gran tamaño, a la vez que se implementó e incentivó la afiliación de los empleados al sistema de salud.

Por otro lado, desde los años cincuenta, el producto interno bruto (PIB) tenía un comportamiento de crecimiento constante y muy alentador, lo cual hizo posible que el Estado invirtiera en infraestructura, como es el caso de la construcción de hospitales; sin embargo, esto también representó un problema para las personas que no estaban empleadas, pues el sistema no ofrecía la oportunidad de acceso de salud a toda la población. Dado que el servicio proveía solo a los que tenían trabajo, los demás se veían en la tarea de hacer traslados a lugares que cubrieran las necesidades en salud para población con bajos recursos. Estos lugares generalmente se encontraban retirados, como era el caso del Hospital San Juan de Dios, en Bogotá, y el Instituto Nacional de Cancerología.

Los ciudadanos no tenían una percepción positiva de la salud: los afiliados se quejaban por sus pagos, y los no afiliados lo hacían por todo lo que esto conlleva. La cobertura se convirtió, por primera vez, en el foco fundamental de atención en materia de salud, por el empeoramiento debido a la complejidad de la cobertura. Sin embargo, Orozco (6) reconoce ciertos avances:

El decenio de los setenta fue el periodo floreciente del Sistema Nacional de Salud durante el cual se construyeron grandes hospitales públicos, a través del Fondo Nacional Hospitalario, casi siempre ligados a prestigiosas facultades de medicina, con excelente dotación tecnológica y gran capacidad de resolución de problemas de salud.

Antes de 1980, los planes de gobierno, dentro de sus preocupaciones sobre la salud, estaban orientados a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad. A partir de 1990, el Estado focalizó la problemática: incrementar la cobertura del sector para la población, ya que los índices de desigualdad en la prestación de este servicio eran colosales:

El papel que jugó el Estado en el sector ya no solamente fue focalizar el problema de morbilidad y mortalidad, también se interesó por algo fundamental como es la cobertura de la población, por las desigualdades presentadas en el servicio en las regiones; fue más proactivo en la atención tanto curativa como preventiva y su acción estatal fue prioritaria en llevar el servicio a toda la comunidad. (3)

Para 1980 emergió una necesidad desaforada e inminente: la creación de un control local de la salud pública. El fin era aumentar la cobertura, puesto que hasta el momento el gobierno central no mostraba eficiencia en la prestación del servicio de salud, especialmente en poblaciones lejanas y rurales, donde la población carecía de visitas periódicas por parte de profesionales en la salud. Estos generalmente eran enviados en comisiones médicas, con diferencias de hasta un año de periodicidad:

El decenio de los ochenta fue el que cumplió el tiempo requerido para que el sistema público centralizado evidenciara sus debilidades. A finales de los ochenta se empieza a ver la necesidad de desarticular las funciones de salud que ejercían los Servicios Seccionales; los municipios reclamaban a grito una descentralización. (6)

En un sentido similar, Meza (3) sostiene:

En 1983 [hay un] problema de alcantarillado y falta de acceso a tener una vivienda digna: una cuarta parte de la población reside en chozas y tugurios. Este hecho limita la posibilidad de control de plagas y la prevención de enfermedades respiratorias.

Para principios de los años noventa, y con base en las nuevas condiciones que dicta la apertura económica, fue necesaria la ampliación de la cobertura en salud, dado el ingreso a una estructura con mayor nivel de exigencia productiva. Además, las fallas en el sistema de salud y de protección social colombiano debían ser cubiertas. Por ello se hace tangible la reforma a la salud con la Ley 100 de 1993 (7), que otorga al sector privado el manejo de la salud, con la finalidad de cubrir toda la población, independientemente de su nivel de ingresos o estatus socioeconómico. “Se estableció un sistema de prestación de servicios y financiación que introdujo la solidaridad, la eficiencia y la competencia como elementos centrales para lograr los objetivos centrales: equidad, calidad y cobertura” (8).

Con la Ley 100 de 1993 se culminó una transformación institucional y legal: el cambio de la Constitución de 1886 a la Constitución vigente de 1991. En esta última, la salud se localiza dentro de los servicios públicos, que son entendidos, a la luz del artículo 365, de la siguiente manera:

Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del Territorio Nacional. Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control, y la vigilancia de dichos servicios públicos. (9)

La Ley 100 de 1993 aparece, entonces, como la herramienta adecuada para solucionar los problemas en salud, a partir de la Constitución de 1991². En lo fundamental, contempla los siguientes artículos:

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. [...] La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. [...] La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. (9)

Por lo anterior, a partir de 1993, con su herramienta de ejecución, la Ley 100 estipula con claridad los lineamientos del camino que debía tener la salud en Colombia. Esto se hizo gracias a la identificación de las evidentes falencias y el rezago frente a países del resto del mundo con sistemas más dinámicos en función de problemáticas similares.

Al observar detalladamente la salud a través de los ojos de la Ley 100, esta era el cambio idóneo y abiertamente evolutivo de la prestación del servicio que requería el país en su momento. Sus políticas parecían la panacea que necesitaba un Estado de casi dos siglos sin una ejecución eficiente de la

² La Ley 100 de 1993 propone pasar de un modelo asistencialista a uno de competencia regulada (3).

salud; sin embargo, la salud no ha mostrado mejoras en la prestación, y el Estado para el 2011 se debatía como hoy entre la crisis de ejecución, entidades deficientes y escándalos de corrupción:

El escándalo por los multimillonarios robos al sector de la salud que se conoció esta semana, no sólo pone al Gobierno en la difícil tarea de atacar el mal de raíz, sino que lleva a preguntarse qué se hizo y qué no en el pasado para llegar a tan tremendos niveles de corrupción. (10)

SITUACIÓN INTERNA

En Colombia, por tradición, la salud no es un buen punto de referencia, y la apreciación de la prestación del servicio por parte de la población colombiana es mayormente negativa:

Hay miles de afiliados a las EPS y en este momento no les interesa saber si pertenecen al régimen contributivo o subsidiado, si hay que pagar un bono de 2.100 de 9.100 o de 23.900, uno para la cita, otro para exámenes y otro para reclamar los medicamentos que en la mayoría de los casos no excede de un simple analgésico. (11)

DIAGNÓSTICO SOBRE POLÍTICAS DE SALUD

COBERTURA FRENTE A CALIDAD: PROBLEMÁTICA DE LAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SALUD

En primer lugar es importante aclarar que actualmente se presta el servicio de salud a partir de la institucionalidad establecida y descrita en la Ley 100 de 1993 (7). Esta ley es una reforma institucional que buscaba la privatización en la cobertura y la prestación del servicio, en función de garantizarlo para toda la población, incluso en la que no cuenta con los medios económicos. Esta reforma subsidia el servicio de salud para las personas sin trabajo a través del pago de la población asalariada

y de los empleados independientes. Este pago se destina a los costos de gastos de hospitalización, medicamentos y atención directa dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), ya sea este subsidiado para personas con Sisbén (estratos 1 y 2) o contributivo para la población asalariada.

El sistema es administrado por las entidades promotoras de salud (EPS), en tanto el servicio es prestado por las instituciones prestadoras de salud (IPS), con la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud. Su objetivo es este: “Operar de formas más eficientes los recursos disponibles y garantizar así una mejor y más equitativa atención en salud para toda la población, como también promover el acceso a servicios de salud a toda la población colombiana” (3).

Por otro lado, hay diversos análisis y estudios que se han encargado de dar a conocer las falencias que presenta el Sistema Nacional de Salud. El problema radica en que el interés dejó de ser social y pasó a defender intereses netamente económicos: se buscó mejorar la salud pública pero según las necesidades de los inversionistas privados.

Una perspectiva interna del sistema de salud colombiano se sitúa obligatoriamente dentro del marco de la Ley 100 de 1993, de protección social. No obstante, esta se encuentra *ad portas* de una reforma, puesto que su propósito no ha sido cumplido, por causa de problemas de planeación y ejecución, con agravantes que no consideraban; por ejemplo, la corrupción, el clientelismo o las necesidades que han surgido en la población del país en los últimos veinte años.

La Ley 100 de 1993 indujo la aparición de nuevos intereses económicos, apalancados por el sistema político. Favoreció la inversión de los grupos económicos en el negocio del aseguramiento, el mayor protagonismo de las cajas de compensación y la posibilidad de que los capitales pequeños y medianos intervinieran en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PERMEABILIDAD DE LA CORRUPCIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

La Ley 100 de 1993 mostró la debilidad del Estado frente a los capitales privados y puso de presente la poca efectividad de los sistemas de inspección, vigilancia y control. Ello favoreció la corrupción, la generación de utilidades perversas en el sistema de salud y la falta de transparencia política; fenómenos que contribuyen a la reproducción del clientelismo moderno (13). No obstante, a manera de ilustración, el diario *El Tiempo* (14) señaló en el 2013:

El país nunca había tenido índices tan altos de cobertura en salud ni destinado tantos recursos para financiar este sector. En efecto, casi 43 millones de colombianos están cubiertos por el sistema, que dedica 24 de los 44 billones de pesos que moviliza al aseguramiento.

Sin embargo, la solución no fue definitiva, pues se descuidaron algunos puntos de la Ley 100, al omitir focos de atención tan importantes como la supervisión; y tratándose de un sistema, de forma sinérgica se falló en la ejecución, en tanto los problemas entre las distintas divisiones del sistema de salud se transformaron en bolas de nieve que produjeron un problema mayor y quebrantaron todo el sistema de protección social concebido inicialmente: “Los recursos de la salud en Colombia son suficientes, lo que hay es un inadecuado manejo por ineficiencia, por falta de control y por corrupción” (15).

INEFICIENTE USO DE LOS RECURSOS Y FALTA DE UNA MAYOR SUPERVISIÓN EN SU UTILIZACIÓN

Para el periodo actual, el sistema de salud tiene un balance deficitario, a pesar de ser uno de los mayores focos del PIB. Además cuenta con una desaprobación generalizada de la población:

Según las estadísticas oficiales los recursos para la salud en Colombia son de 40 billones de pesos,

un presupuesto superior al de la mayoría de los países de América Latina y que sólo puede ser comparado con el de países como Japón, Italia y España. (15)

Sin embargo, hay algunas perspectivas críticas en este sentido:

La financiación de la economía colombiana también se reflejó en el nuevo sistema; el desvío de recursos, las ganancias financieras y la influencia de los grandes grupos económicos llevaron a que el negocio del aseguramiento social se convirtiera en una barrera contra quienes desean tener acceso al sistema. Los grupos económicos vieron que las inversiones en las EPS, ARP y los fondos privados de pensiones eran muy promisorios y las incluyeron en su portafolio, acentuando la concentración de capital. (13)

SALUD PÚBLICA, SINÓNIMO DE BAJA CALIDAD

Desde el punto de vista de la población común y de los afectados, estratos 1, 2 y 3, que no cuentan con la capacidad para obtener la salud en otros sistemas privados de atención de mejor calidad y

oportuna, vemos que los ciudadanos simplemente no reciben lo que necesitan, y si lo reciben, no es a tiempo o incluso solo reciben atención en salud tras desgastantes pugnas legales, costosas para todas las partes. Así se afecta no solo la salud, sino el sistema judicial, el presupuesto general de la nación, el valor agregado del país y la competitividad a nivel internacional de la mano de obra colombiana.

Las 114.313 acciones que se interpusieron para reclamar algún tipo de servicio de salud se constituyeron como la segunda cifra más elevada en toda la historia de estas solicitudes. [...] El 87,67% de las decisiones judiciales en primera instancia fue fallado a favor de los tutelantes. Sin embargo, las entidades demandadas están optando por no cumplir los fallos, obligando a los ciudadanos a interponer incidentes de desacato. (12)

MECANISMOS INEFICIENTES PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA SALUD OPORTUNA

La figura 1 muestra la evolución del número de tutelas presentadas en el sector salud entre 1999 y 2012.

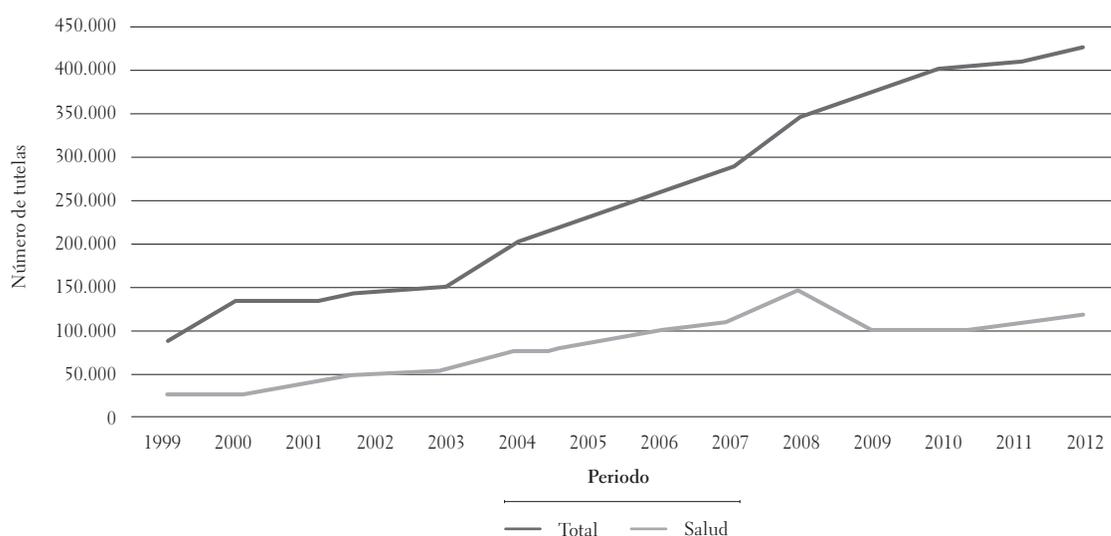


FIGURA 1. Evolución de las tutelas periodo 1999 - 2012

Fuente: Salama *et al.* (13).

Ahora bien, de esta problemática se derivan conclusiones puntuales:

El Estado debía reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Para ello los recursos se debían focalizar o concentrar en quienes más los necesitaban, es decir, en ciertos estratos de ingresos, zonas geográficas, grupos de edad o género, privilegiando los servicios sociales que se consideraban más necesarios, como la medicina y la educación básica, y la vivienda popular. Los recursos públicos sociales se debían destinar a los más pobres; los menos pobres debían pagar los servicios que demandaran, fueran públicos o privados. [...]

La tutela se ha convertido en un medio para acceder al servicio. Provoca el hecho de que las personas tengan que recurrir a este mecanismo para exigir el cumplimiento del contrato entre la aseguradora y el asegurado evidencia la casi total inexistencia de sistemas de inspección, vigilancia y control, y la débil regulación del Estado. Dos problemas adicionales son el incumplimiento de los programas de promoción y prevención de la salud y de entrega de medicamentos.

En el estado neoliberal en el que está Colombia, desde las últimas décadas se han encontrado fuertes ligamentos a posturas económicas con el menor índice de intervención por parte del Estado, en cuanto a las necesidades de los ciudadanos. Esto ha llevado a la cosificación de la salud, a la violación de un derecho fundamental: el de la salud, ratificado en la Carta Magna colombiana, pero que ahora ha sido concebido como *mercancía*.

LA SALUD COMO MERCADO

La salud en Colombia se convirtió en una fuente más de explotación oligopolítica, desde las medicinas hasta la prestación del servicio. *Servicio público de salud* no deja de ser un oxímoron, pues en realidad es un servicio privado que obedece a las necesidades de los empresarios, quienes se

toman muchos atrevimientos, como fijar los precios y las condiciones de la prestación, obligando a los ciudadanos a recibirlos. Gómez (16) señala en ese sentido:

El mercado siempre busca nuevas fuentes de enriquecimiento, y a mediados de los 80 encontré en los servicios públicos un área inexplorada. [...] El estado al marginar su papel dentro de la calidad de vida de los colombianos conscientemente ha dado el aval para que la salud se convierta en un bien de acceso limitado, haciendo de la salud un componente más del juego entre oferta y demanda.

En una entrevista hecha por María Jimena Duzán al director de la Fundación Santa Fe, Juan Pablo Uribe, se le preguntó: “¿Cuál debería ser el énfasis?” Esta fue la respuesta:

Yo creo que hay que preguntarse por qué llegamos a esas distorsiones en la salud. Hoy, no gastar en salud es un incentivo, lo cual es un absurdo. Para una EPS un paciente es un gasto. Al final del año se les premia por lo que se ahorraron, por los pacientes que no atendieron. Hay que hacer lo contrario: invertir en los ciudadanos y por eso hay que gastar en ellos. Hay que hacer promoción y prevención y tener un sistema equilibrado. (17)

Gómez (16) agrega que “el mercado no puede prescindir completamente del Estado y sus aparatos, pues requiere de ellos para poner en marcha sus políticas” (16). No obstante, infortunadamente, “los usuarios tienen muy pocos mecanismos efectivos para influenciar la política pública; no existe un defensor del enfermo y muchos de ellos no tienen la suficiente información sobre sus derechos (el paciente)” (16).

En la teoría, la reforma a la salud en Colombia es la herramienta indicada para asegurar una salud de calidad y con amplia cobertura para la ciudadanía; sin embargo, la práctica ha demostrado lo contrario: cifras escandalosas en el modelo de salud, una dudosa intervención estatal, el equivocado enfoque

que el sector privado ha pretendido otorgar. Esto incentiva a que se desarrollen crecientes problemas de corrupción, falta de supervisión y excesos burocráticos, los cuales han afectado la prestación del servicio hasta hoy en día.

Muchas veces la población más necesitada es la más afectada. Con sus políticas, el Estado y el sector privado de la salud incrementan problemas como el de la pobreza. Debido a la inversión en altos costos y los largos procesos para adquisición de servicios de salud, promueven los índices de desigualdad y desestiman el crecimiento económico, puesto que la baja calidad en salud repercute en el desempeño productivo de la población. La salud es una pieza importante para los procesos sinérgicos de cualquier país. El saldo del desempeño de la salud en Colombia no deja de ser negativo: aunque se intenta enmascarar bajo una fachada de buena calidad, al medirlo y compararlo con estándares internacionales, este no se ajusta e a las necesidades o, por lo menos, a las más apremiantes insuficiencias que surgen en la materia.

MIRADA EXTERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (18) define *salud* así: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³. Mejorar la salud, entonces, es un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (19)⁴. El sector

3 La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York entre el 19 de junio y el 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

4 “Los ODM son el mayor esfuerzo global en la lucha contra la pobreza. Gobiernos, organizaciones internacionales y sociedades civiles de todo el mundo han contribuido a reducir la pobreza extrema a la mitad. Millones de niñas van ahora a la escuela. Menos niños mueren cada día. El mundo sigue luchando contra enfermedades mortales como la malaria, la tuberculosis y el VIH. Quedan 1000 días para llevar a cabo más acciones a favor de la educación, la

público es el principal proveedor de estos servicios en los países en desarrollo. Para reducir las inequidades, muchas naciones han puesto énfasis en la atención primaria, campo que incluye vacunación, saneamiento, acceso a agua potable e iniciativas de maternidad sin riesgos.

Estos datos incluyen sistemas de salud, calidad y cobertura de la prevención, salud reproductiva, nutrición y dinámica demográfica. La información proviene de la División de Población de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA y otras fuentes. Al tener en cuenta los ODM para el sector salud, podemos destacar los siguientes:

- *Objetivo 1:* erradicar la pobreza extrema y el hambre. También incorpora metas sobre empleo decente y lucha contra la desnutrición.
- *Objetivo 4:* reducir la mortalidad infantil.
- *Objetivo 5:* mejorar la salud materna. Aborda los temas de salud y observa la tendencia de la mortalidad infantil. Se refiere a cuál es la cobertura de aplicación de biológicos a los niños menores de cinco años; qué acciones se han tomado para disminuir la mortalidad materna y la mortalidad por cáncer de cuello uterino; qué incentivos se están ofreciendo para que las gestantes se practiquen por lo menos cuatro controles médicos durante el embarazo; y cómo garantizar que se privilegie la atención médica e institucional de los partos. Se muestran las cifras de uso de métodos anticonceptivos y se evidencia la preocupación por el aumento constante de los embarazos de adolescente.
- *Objetivo 6:* combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades. Se refiere a la incidencia

mejora de las condiciones sanitarias, la salud maternal y la igualdad de género” (19).

y mortalidad de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria, y se hace un análisis del comportamiento del contagio y la mortalidad por el VIH/sida.

A partir de estos objetivos y de los indicadores que se utilizan en el ámbito mundial para medir el desarrollo de cada país, a continuación se contrastarán las estadísticas de Colombia frente a las estadísticas del resto del mundo, considerando casos particulares o atípicos.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL DE AÑOS)

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante (figura 2).

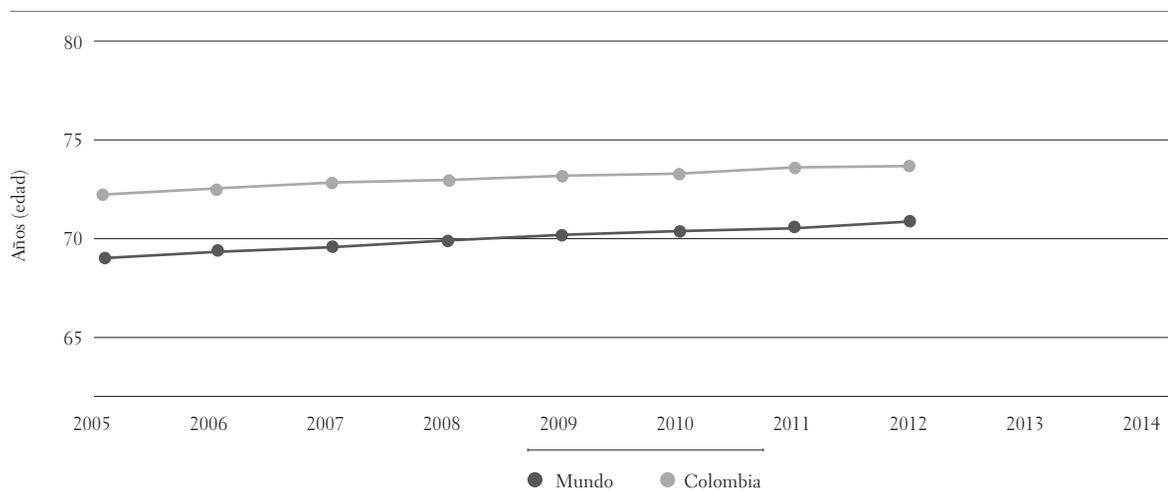


FIGURA 2. Comparativo en la esperanza de vida al nacer (Colombia vs. el mundo)

Fuente: Banco Mundial (20).

Como se ve, el porcentaje de Colombia está por encima en 3,1 años respecto al resto del mundo y en 18,3 años al compararse con los países del África subsahariana; sin embargo, el país está 0,6 años por debajo de los países de América Latina y el Caribe y 6,1 años bajo el promedio de esperanza de vida en

los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁵.

Muchas de las entidades gubernamentales colombianas, a través de sus voceros, utilizan los indicadores internacionales para mostrar progresos en salud, como es el caso de la esperanza de vida al nacer y el IDH (figuras 3 y 4):

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), utilizado frecuentemente en los últimos años, es un índice compuesto que resulta del análisis de la esperanza de vida al nacer, el ingreso per cápita y los años de escolarización del adulto, la mortalidad infantil, constituyen los mejores indicadores del grado de desarrollo de un país, el ideal o más adecuado es que este indicador (o esta tasa sea) sea bajo. (21)

Este tipo de datos muestran un avance en materia de salud en Colombia, desde los índices y las pautas

internacionales, como el aumento del gasto público en salud y la disminución de enfermedades de alto riesgo (VIH/sida, paludismo, malaria, hepatitis, entre otros). En cuanto al gasto total en salud, la

5 La OCDE agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

cifra total es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Esta abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

INDICADORES DEL DESARROLLO MUNDIAL

El siguiente análisis, realizado a partir de datos de las cuentas nacionales de salud de la OMS (22), permitirá ilustrar el desarrollo del país en esta materia (figura 5).

Desde 2005 hasta 2012, el comportamiento del gasto público ha sido fluctuante. En 2009 presentó su punto más alto: el 7% del PIB, a pesar de que el crecimiento económico de ese año fue del 0,36% (23). Esto quiere decir que en este año el gasto fue asumido por el sector privado y por los gastos desembolsados por el paciente, y a partir de allí empieza a decaer este porcentaje hasta 6,5 en 2011, tendencia que se muestra ascendente en el 2012. El primer periodo de ascenso se puede explicar por el comportamiento del gasto del régimen contributivo, lo cual se debe al notable crecimiento de los pagos a través del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud

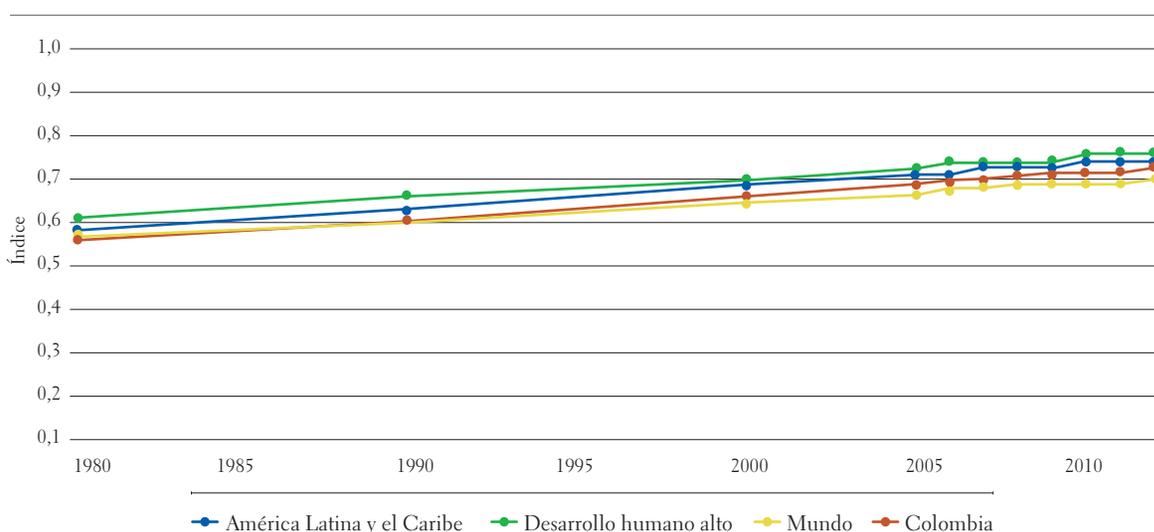


FIGURA 3. Índice de desarrollo humano (IDH): tendencias desde 1980 hasta la actualidad

Fuente: PNUD (21).

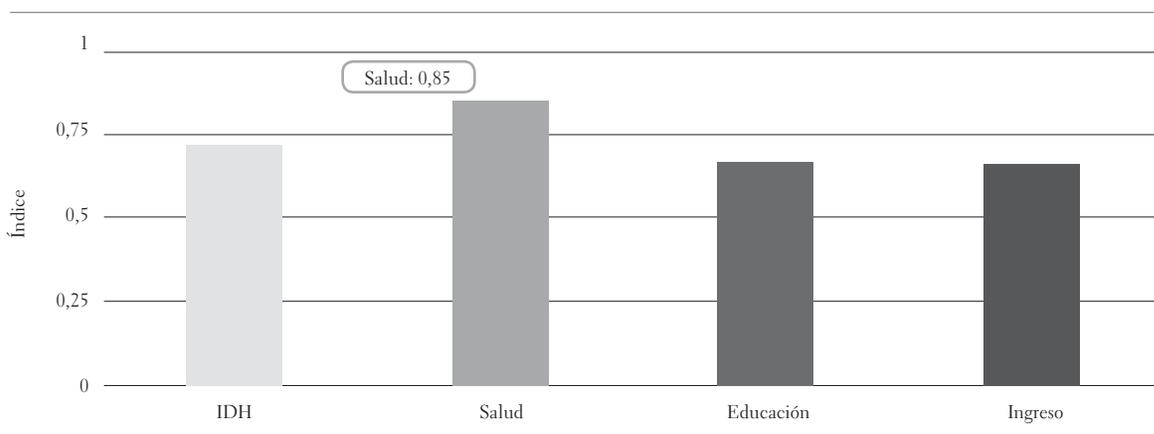


FIGURA 4. Índice de desarrollo humano (IDH): salud, educación e ingresos

Fuente: PNUD (21).

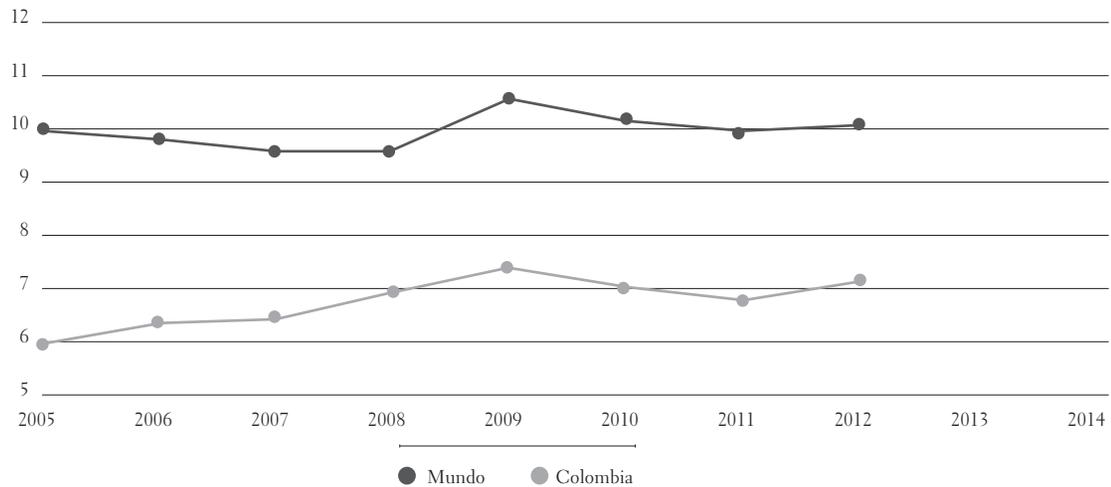


FIGURA 5. Comparativo de los indicadores de desarrollo mundial (Colombia vs. el mundo)

Fuente: OMS (22).

de Colombia (Fosyga)⁶ por concepto de recobros de las EPS por medicamentos no POS y fallos de tutela durante esos años. También se explica por el incremento de afiliados a ese régimen, lo cual indica que durante ese periodo se estaban vinculando a la vida laboral de manera formal.

La caída de 2009 a 2011 se puede explicar debido a que el gobierno decide ampliar progresivamente la cobertura de afiliación al régimen subsidiado y de igualar los planes de beneficio (POS) con el plan de beneficio del contributivo, con el fin de ir cumpliendo las metas del gobierno de lograr la universalización de la afiliación y unificación de los planes de desarrollo. Sin embargo, el incremento de los gastos en salud no refleja la anhelada calidad en el servicio, y al observarlo desde una perspectiva interna, este puede dar a entender las falencias en administración de recursos que acentúan los problemas del sistema de salud colombiano:

Al hacer comparaciones con otros países, se observa que en realidad la inversión per cápita en salud colombiana es baja, tal vez muy baja. Si nos comparamos con países similares al nuestro,

6 Fondo instituido con la finalidad de invertir en salud. Es una cuenta de administración de recursos para el subsidio y promoción de la salud, así como del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

en 2010, México invirtió por persona, año US\$ 604; Argentina, 742; Chile, 947, y Brasil, 990. Y otros, aunque diferentes, como Cuba y Costa Rica, invirtieron respectivamente US\$ 607 y 811. Ahora, cuando vamos a las 'ligas mayores', en salud, España invirtió US\$ 2.883 anuales per cápita, Alemania 4.668, Noruega —de actualidad por estos días de negociaciones de paz— 8.091 y Estados Unidos 8.362, según datos del Banco Mundial, del 2012. (24)

GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y local), el endeudamiento externo, las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro en salud social (u obligatorios). El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios (figura 6).

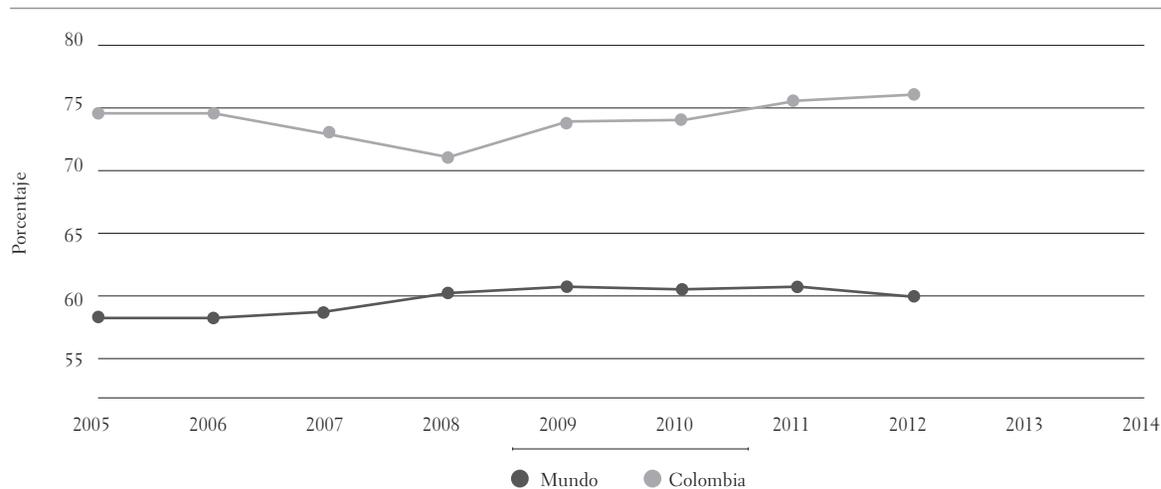


FIGURA 6. Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)

Fuente: OMS (22).

El gasto en salud pública para el periodo 2005-2012 se comportó de manera favorable para los pacientes, porque si bien es cierto que durante 2005 a 2008 fue cayendo, de 2008 a 2012 tuvo un comportamiento ascendente. Para entender este primer comportamiento y su cambio en un segundo periodo se deben tener en cuenta factores externos que afectaron este gasto. La estructura administrativa en relación con el gasto del régimen subsidiado permaneció dividida hasta el 2007 con la implementación de la Ley 1122 de 2007, la cual reúne la cajas de compensación familiar (CCF), las empresas solidarias de salud (ESS) y las entidades promotoras de salud (EPS) autorizadas para administrar recursos del régimen subsidiado (EPS-S) (25).

En el 2006, el gasto en salud a escala mundial ascendió a cerca del 8,7% del PIB, con el nivel más alto (12,8%) en la región de las Américas y el más bajo (3,4%) en la región de Asia sudoriental. Por término medio, esto se traduce en aproximadamente US\$716 por habitante, si bien existen enormes variaciones que van desde los escasos US\$31 por habitante de la región de Asia sudoriental hasta los US\$2636 de las Américas.

El descenso notable en 2008, que llegó a ser de 71%, se debe a que Colombia reportó la tasa de crecimiento más baja de Suramérica, según lo

indicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) (26); sin embargo, desde ese momento crítico, este segundo periodo ha venido creciendo de la misma manera en que lo ha hecho el PIB. En 2012, el gasto en salud para Colombia ascendió a 6,1% del PIB, con un nivel intermedio de resto del mundo de 10,1%. El nivel más alto es registrado por la zona de las Américas.

GASTOS DE SALUD DESEMBOLSADOS POR EL PACIENTE

Los gastos desembolsados por el paciente son cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población. Es una parte del gasto privado en salud (figura 7).

Lo anterior muestra el dinero adicional que tuvo que destinar el paciente de su ingreso para gasto en salud, el cual no es cubierto por la entidad de servicio al que se encuentra afiliado. Esta variable ascendió a 65,9% en 2005 y tuvo un comportamiento de crecimiento hasta llegar a su punto más alto en 2008 (73,7%), lo cual evidencia el

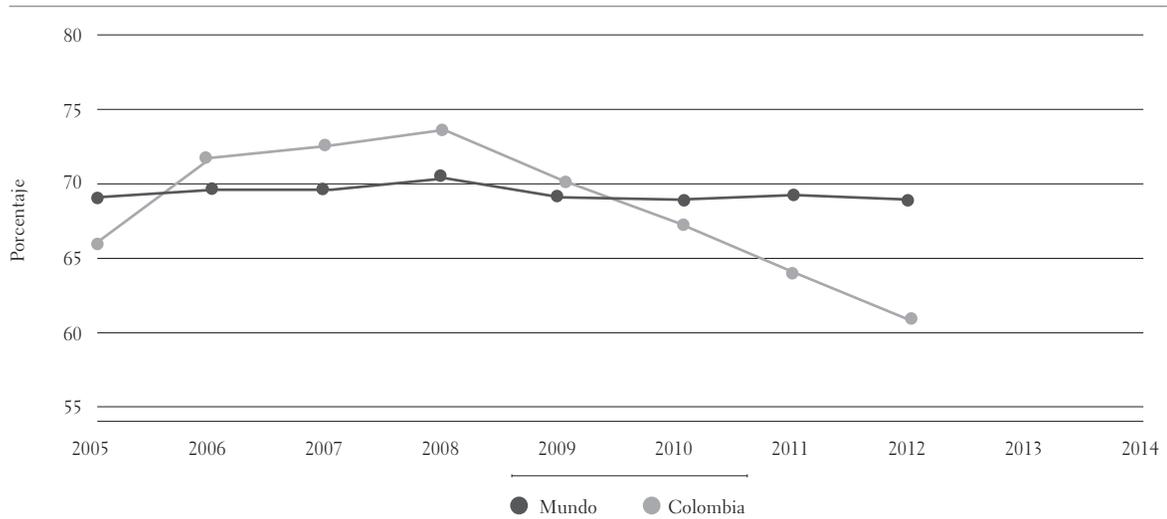


FIGURA 7. Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud)

Fuente: OMS (22).

fracaso y la ineficiencia del servicio. Además, esto se puede atribuir al hecho de que durante 2008 el Estado reportó su índice de crecimiento más bajo, en tanto el gasto en salud notablemente se vio afectado como consecuencia de un menor consumo por parte de las familias, debido a la alta variación en los precios.

Lo anterior se explica por cuanto se incrementaron de manera significativa y acelerada los precios de los *commodities*, aumentando los costos de producción del sector real, principalmente el agrícola, lo cual desencadenó que los agentes económicos revisaran sus expectativas de inflación al alza, una menor inversión del sector real y una balanza comercial más deficitaria. Esta dinámica generó una desaceleración de la demanda agregada y una menor expectativa de crecimiento económico por parte de los agentes (23).

“Cuando el gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto diferente de alimentos supera un determinado umbral (varía entre 20 y 40%) se considera *catastrófico*” (21). De allí se deriva que el individuo (paciente) tenga que pagar, además de su cuota mensual devengada de su salario, un gasto súbito que no cubre el sistema. Por consiguiente, tendrá menos recursos para cubrir sus otras necesidades.

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (POR CADA 1000)

La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años es la probabilidad por cada 1000 nacimientos de que un bebé muera antes de cumplir cinco años, sujeta a las tasas de mortalidad actuales específicas por edad.

El número de niños que mueren cada año en un país es un índice del bienestar y la salud de los niños en dicho país (29). La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años en el mundo va en descenso; entre 2005 y 2013 se registró una disminución de la mortalidad infantil en un 17,1%. En lo respecta a Colombia, según la Unicef (30), se ha avanzado sustancialmente hacia el logro del ODM 4; no obstante, será necesario acelerar los esfuerzos en varios frentes, particularmente para abordar las disparidades territoriales y poblacionales en las condiciones de vida de los niños y sus familias (figura 8).

Los notables progresos en materia de reducción de la mortalidad infantil que ha realizado Colombia en las últimas décadas son motivo de optimismo y demuestran que tanto sus causas como sus soluciones son bien conocidas. Ya existen las políticas, los programas y las intervenciones que han demos-

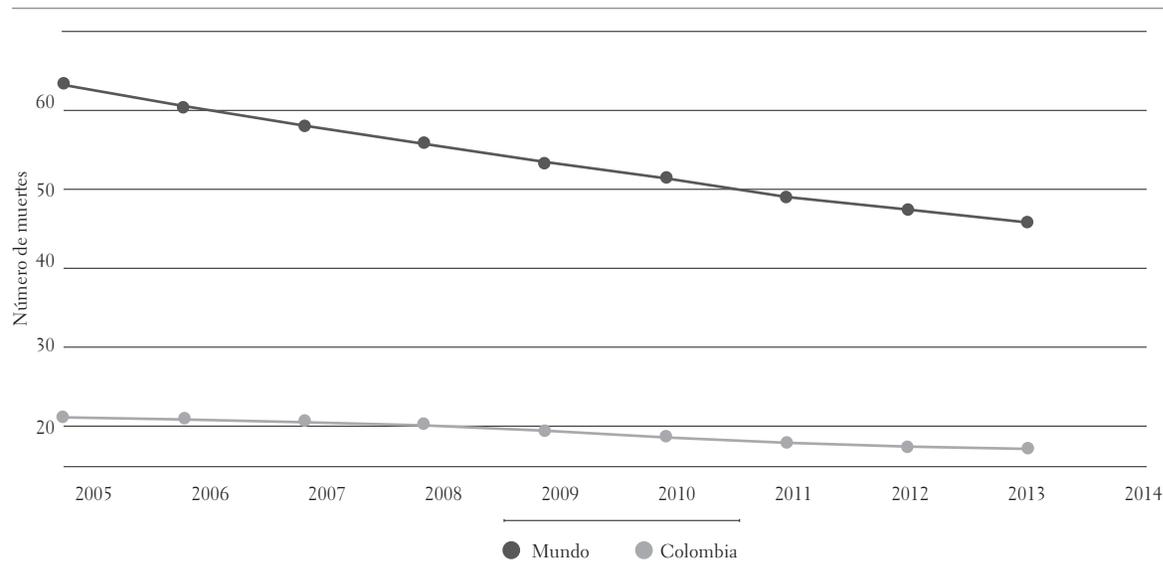


FIGURA 8. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000)

Fuente: Unicef *et al.* (28).

trado ser exitosas para salvar las vidas de miles de niños. El desafío actual consiste en implementar procesos de atención continua de la salud materna, neonatal e infantil a los niños y las familias que, hasta ahora, no han tenido acceso a ellos, dentro del marco del Plan Nacional de Salud Pública y de los respectivos planes territoriales (30).

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

La tasa de mortalidad materna es la cantidad de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. Los datos se estiman según un modelo de regresión que usa información sobre fertilidad, asistentes para el parto y prevalencia del VIH.

CASOS NOTIFICADOS DE PALUDISMO

La incidencia de paludismo se expresa como el número de nuevos casos por 100.000 personas cada año. El número de casos informados se ajusta para tener en cuenta la deficiencia de los sistemas de información, los pacientes que buscan tratamiento en el sector privado, la automedicación o no búsqueda de tratamiento y el potencial exceso de diagnóstico por la falta de confirmación de laboratorio de los casos.

Con las cifras anteriores queda claro que los indicadores internacionales no son desfavorables, sino todo lo contrario, a pesar del indicador de gastos en salud desembolsados por el paciente, que muestra una clara falla en el sistema de salud; situación que no debería darse. Además, está por encima del promedio mundial.

Se llega así a la pregunta de si en realidad estos indicadores se ajustan a la realidad del sistema de salud colombiano, puesto que el combate a enfermedades como la malaria y el paludismo son un tema de poca recurrencia y superado en gran proporción por el país. No debe darse peso a los indicadores que tiene en la actualidad, puesto que existen mayores problemáticas y con mayor potencial de mejora que no se están teniendo en cuenta.

Ahora bien, desde la perspectiva internacional podemos compararnos con países como Estados Unidos, en cuanto a la percepción del sistema de salud desde los ciudadanos. Se puede evidenciar que países como el señalado están tomando medidas en salud coherentes, aun a la espera de mejoras y del buen uso de los recursos:

El nuevo Medicare Value-Based Purchasing Program de ObamaCare significa que los hospitales

pueden ganar o perder hasta un 1% del financiamiento de Medicare basado en un sistema de calidad versus cantidad. Los hospitales reciben calificaciones basadas en las medidas que tomen con respecto al trato a pacientes con problemas de corazón, ataques cardíacos, neumonía, asuntos de tipo quirúrgico, grado de readmisión, así como en cuanto al grado de satisfacción del paciente. ObamaCare Medicare. (31)

Con propuestas completamente nuevas, las reformas sanitarias pretenden iniciar un nuevo camino para combatir los problemas más notables. Allí se tratan de englobar las soluciones a los mayores problemas del sistema. No obstante, este tipo de propuestas requieren la cooperación de todos los sectores involucrados en la economía, y ello, para el caso norteamericano, genera constantes debates y críticas, puesto que el sector privado suele permanecer reacio ante una posible disminución del margen de ganancias, que se destinaría a la cobertura de tiempo completo en servicios de salud a los trabajadores. Cabe mencionar que el sistema de salud norteamericano difiere en gran parte con el sistema colombiano por la naturaleza de sus economías; por consiguiente, solo se evalúa como un punto de partida para una posible reforma en salud en Colombia:

The expansion of Medicaid, the health programme for the poor, will also affect Americans' labour supply. In states that expand Medicaid, all those earning up to 138% of the poverty line will be eligible for the programme. Some individuals will work less, so that their lower wages allow them to qualify. In contrast some who already qualified for Medicaid will likely work more, as slightly higher earnings will no longer make them ineligible for coverage (33).

CONCLUSIÓN

El sistema de salud en un país debe analizarse internamente de acuerdo con el contexto actual. Se debe tener en cuenta que las mismas políticas

afectan a la sociedad en general y tienen repercusiones en otros sectores distintos a los de la salud, pero muy cercanos a los del desarrollo. Por lo tanto, es bueno que se miren algunas alternativas para solucionar los problemas internos estructurales, en función de que no se estén “tapando huecos” con soluciones de tipo puntual que favorecen principalmente los intereses particulares.

Con este artículo se quiso evidenciar, desde una perspectiva histórica, las problemáticas internas del sistema de salud en Colombia, entendidas como todo aquello que impide el buen desarrollo de un sistema que beneficie a una población en su conjunto. Esto, en comparación con la mirada externa de quienes conciben la salud para distintos países, sin importar los contextos internos y los problemas que se desarrollan al implantar un sistema eficiente de salud según criterios de otras latitudes.

Dentro de los problemas internos se pudo evidenciar que el sistema de salud en Colombia está en evolución constante, y las medidas que se toman en cada periodo se hacen con el fin de optimizarlo; sin embargo, es un sistema inestable, con evidentes fallas y una pésima ejecución. Problemas de todo tipo surgen con un componente transversal, como la corrupción, que de no existir, permitiría que el país tuviera los más altos estándares de calidad y cobertura no solo en salud, sino también en otros sectores como en la educación.

Y es que entre las principales quejas que hay sobre la reforma está que no busca priorizar la rentabilidad social sino que busca seguir fortaleciendo a los monopolios económicos que han administrado el sistema de salud durante los últimos 23 años. (34)

La comparación que se hace con objetivos de margen internacional parece un mecanismo cómodo para presentar resultados que no necesariamente se ajustan a la realidad. Se recomienda pensar primero en la salud en el ámbito local y priorizar objetivos de mayor relevancia, que al final terminan ayudando a cumplir los objetivos internacionales

y, a su vez, proveyendo calidad y desarrollo a la población.

La solución a la salud no se desarrolla con el escándalo a las EPS (por ejemplo, el caso Saludcoop en Colombia). Se debe ajustar una política estructural de cambio al sistema, que involucre al Estado como garante de buena parte de la financiación y se regulen las empresas privadas prestadoras de servicio, para que no atropellen a los usuarios en su carrera por obtener rentabilidad.

REFERENCIAS

1. Convención Nacional. Constitución Política de la República de Colombia. Rionegro; 1863.
2. Consejo Nacional Legislativa de Colombia. Ley 30 de 1886, que crea Juntas de Higiene en la capital de la República y en las de los departamentos y ciudades principales; 1886, 20 de octubre.
3. Meza Carvajalino CA. Del modelo asistencialista al modelo de competencia regulada en salud. *Revista CIFE*, 2009;3(5):102-8.
4. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia de 1886. Bogotá; 1886.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 90 de 1946, por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. 1946, 26 de diciembre.
6. Orozco Africano JM. Por qué reformar la reforma. Madrid: Ediciones Eumed; 2006.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 1993, 23 de diciembre.
8. Santa M. Los 15 años de la Ley 100. *El Espectador*. 2008, 17 de agosto.
9. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia. Bogotá; 1991.
10. Revista Semana. “Los recobros tienen el sistema al borde del precipicio”: Supersalud. *Semana.com* [internet]. 2011 [citado 2014 feb 28]. Disponible en <http://www.semana.com/nacion/articulo/los-recobros-tienen-sistema-borde-del-precipicio-supersalud/239419-3>
11. Cruz J. A su salud. *Semana.com* [internet]. 2013 [citado 2014 feb 28]. Disponible en
12. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2012. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
13. Salama P. et al. Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
14. El Tiempo. Salud: el problema más grave. *ElTiempo.com* [internet]. 2013 [citado 2014 feb 28]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12779380>
15. El Espectador. Corrupción y burocracia: grandes fallas en el sistema de salud en Colombia. *ElEspectador.com* [internet]. 2012 [citado 2014 feb 28]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/corruptcion-y-burocracia-grandes-fallas-el-sistema-de-sa-articulo-334846>
16. Gómez-Arias RD. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. *Debates*. 2005;(41):38-48.
17. Revista Semana. “El sector de la salud no aguanta más”. Entrevista de María Jimena Duzán a Juan Pablo Uriblé, director de la Fundación Santa Fe. *ElEspectador.com* [internet]. 2013 [citado 2014 feb 28]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/entrevista-maria-jimena-duzan-director-fundacion-santa-fe/360798-3>
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Official Records of the World Health Organization. 1946;2:100.
19. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2015.
20. Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial [internet]. Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=indicadores-del-desarrollo-mundial>
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El Índice de Desarrollo Humano (IDH). [internet]. 2014. [citado 2014 mar 17]. Disponible en: [hdr.undp.org; http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh](http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh)
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos sobre las cuentas nacionales de salud desde 1996 hasta 2010: una

- revisión sistemática. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2015;93(8):513-88.
23. Muñoz NM. Inflación y crecimiento económico: determinantes del desempleo en Colombia. *Rev Fin Pol Econ*. 2010;2(2):35-45.
24. Portafolio Colombia. Gasto per cápita en salud, ¿bajito? Portafolio.com [internet]. 2012. [citado 2014 mar 17]. Disponible en: <http://www.portafolio.co/opinion/gasto-capita-salud-bajito>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Bogotá: Autor; 2014.
26. Colprensa. Colombia con el PIB más bajo en 2008: Cepal. *Vanguardia.com* [internet]. 2008. [citado 2014 mar 17]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/historico/15764-colombia-con-el-pib-mas-bajo-en-2008-cepal>
27. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales [internet]. 2009. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2009/es/
28. Unicef et al. Level & trends in child mortality. Report 2011. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation [internet]. 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf
29. Humanium, Ayuda a los Niños. Mortalidad infantil [internet]. 2015. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>
30. Unicef. Únete por la niñez. [internet] 2015. [citado 2015 ene 23]. Disponible en: www.unicef.com.co/situacion-de-la-infancia/salud-y-supervivencia-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos/
31. Obama Care Facts. Datos sobre Obamacare: Plan Salud ObamaCare Español. [internet] 2015. Disponible en: <http://obamacarefacts.com/en-espanol/obamacare-espanol.php>
32. The Economist. Obamacare and employment - Grim prognosis [internet]. 2014 [citado 2014 feb 2]. Obtenido de <http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2014/02/obamacare-and-employment>
33. Revista Dinero. Reforma a la salud, ¿un disfraz? [internet]. 2013 [citado (2013 jul 11)]. Disponible en: <http://www.dinero.com/actualidad/nacion/articulo/medicos-expusieron-inconformidades-reforma-salud/187557>

Recibido: 5 de septiembre de 2014

Aprobado: 20 de enero de 2015

CORRESPONDENCIA

Robert Ojeda Pérez

rojeda@unisalle.edu.co