

Colombian reforms of Social Security in Healthcare and its impact on fairness

Sumario

Introducción. El mercado como agente institucional por excelencia en las reformas de salud. La descentralización en el sector salud: avances y retrocesos. Aproximaciones al estado actual. Equidad en Salud. Conclusiones.

Resumen

Después de décadas de reformas en el sistema de salud en Colombia, que incluyen una profunda reforma en varios sectores económicos del país, tenemos algunos avances tanto en equidad como en más gente pobre. La descentralización, el mercado y su legislación se han desarrollado ciertamente, pero sigue sin resolverse una pregunta esencial: ¿Qué tipo de sociedad necesitamos? Y más importante aún. ¿Es la equidad importante para nosotros? Las personas desplazadas forman parte de un amplio sector de la población que necesita protección y asistencia, debido al conflicto y al abuso en derechos humanos. No podemos señalar los avances en equidad sin tener en cuenta el sistema de salud pública para esta población.

Palabras clave: Sistema de Salud Pública, Reformas, Mercado, Descentralización, Legislación, Equidad, Derechos Humanos.

Abstract

After decades of reform in the health system in Colombia, that includes a deep reform in many sector of national economy, we have some advances both in equity and also in poorer people. The decentralization, the market and his legislation have been developed indeed, but can't resolve the elementary question. What kind of society we need? And more important: Is the equity important for all us? Internally displaced persons are part of the broader civilian population that needs protection and assistance because of conflict and human rights abuses. We can't remarked improvement in equity without advances in public health assistance for this people.

Key Words: Health Public System, Reforms, Market, Decentralization, Legislation, Equity, Human Rights

Artículo: Recibido, Marzo 16 de 2009; **aprobado,** Abril 7 de 2009.

Gonzalo Alberto Patiño Benavides. Economista, Ph. D en Economía, de la U. de Odessa, Ucrania. Profesor de la Escuela de Economía y Administración de la U. Industrial de Santander. Grupos de Investigación del Observatorio de Epidemiología en Estudios Cardiovasculares, Gidrot, Xenia de la UIS.

Correo Electrónico: gpatino@uis.edu.co

Óscar Fernando Herrán Falla. Nutricionista- Dietista, Magíster en Epidemiología, U. del Valle. Profesor Titular de la Escuela de Nutrición y Dietética de la U. Industrial de Santander. Grupo de Investigación del Observatorio de Epidemiología en Estudios Cardiovasculares.

Correo Electrónico: herran28@msn.net.com

Correo electrónico: wld@rantac.net

Las reformas colombianas a la Seguridad Social en Salud y su impacto sobre la equidad

Gonzalo Alberto Patiño B.

Óscar Herrán Falla

Introducción

El sistemático desmantelamiento de los servicios de salud por parte del Estado, a partir de la segunda mitad de los años ochenta, promovidos por efecto de la denominada crisis del Estado Providencia, sirvió para que ciertas instituciones “supracráticas” desarrollaran Planes de Ajuste Estructural (PAE), tendentes a promover políticas de salud basadas en la idea del libre comercio y competencia, configurando nuevos escenarios socioeconómicos en los que prevalece la desigualdad en sectores estratégicos.

Estas desigualdades son socialmente inaceptables y constituyen la negación de derechos para quienes habitan los territorios, localidades y ciudades donde estas reformas se han acometido con mayor empeño. La paradoja resultante de las mismas ha sido, en esencia, la siguiente: las políticas de buena salud resultan ser inversamente proporcionales a esas reformas. Esas políticas han fallado en la medida en que se han convertido en parte esencial del modelo económico dominante, situación esta que se viene presentando conjuntamente con el avance del proceso de descentralización, durante, por lo menos, los últimos veinte años. Es decir, con ellas se han acentuando las inequidades sociales y económicas resultantes de diversas tensiones distributivas, a través de nuestra historia social y política.

En este sentido, las reformas han logrado profundizar un modelo de sociedad excluyente, típica de sociedades capitalistas atrapadas bajo el manto de la globalización. Su característica más prominente es la encarnar una profunda diferenciación y nueva jerarquización social, en función de una reorganización de los modos de producción y del trabajo en los que se privilegia el consumo esnobista y opulento, en detrimento del capital.

En este trabajo realizamos una aproximación al estudio de la salud como una realidad sociocultural y económica en constante transformación, que ha sufrido profundos cambios como producto de las reformas descentralizadoras, en las que se adoptó un enfoque institucional que privilegia el mercado sobre el bien público. Retomar la salud como un derecho nos ubica en el debate en relación con los efectos que la descentralización ha tenido sobre la equidad para, de esta manera, mostrar un conjunto de desigualdades que persisten en nuestro medio y que afectan a grupos sociales diversos, pero particularmente a los grupos más vulnerables de la población colombiana. Se trata de un conjunto amplio de derechos de la población a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la calidad de vida, a la seguridad, el derecho a la vida y a la participación ciudadana.

El mercado como agente institucional por excelencia en las reformas de salud

El ordenamiento de la sociedad por el mercado constituye el eslabón principal que, en el ámbito territorial y local se impulsa por medio de las reformas de seguridad social, logrando trastocar el modelo clásico de sociedad que produce individuos similares pero no iguales, en contraposición a un modelo que asocia igualdad y diferencia (Touraine: 1998, p. 10). Muchos de los supuestos que subyacen a las reformas en el sector de la salud, en realidad provienen de supuestos de la economía neoclásica (Marshall, 1925; Domar, 1953; Romer, 1986), quienes dieron por sentado que la inclusión del capital privado en la asignación de factores y recursos y la apertura a la competencia eran vitales en el buen desempeño del crecimiento y el desarrollo económico y, por tanto, en el mejoramiento de la equidad.

La realidad ha sido más bien la de configurar mercados dominados por agente privados que generan estructuras económicas desiguales. Estos agentes escogen entre un conjunto de alternativas para maximizar beneficios y mejorar la eficiencia mediante el aumento de la productividad en el trabajo, que al final se debe traducir en mejoras de la salud y el bienestar de la población. Las características de los mercados de salud, sin embargo, no son fácilmente analizables, pues no siempre obedecen a estructuras y comportamientos similares de relaciones oferta-demanda, en las que el consumidor establece su gasto en función del ingreso y/o preferencias, pues en el caso de la atención médica, no siempre se conoce el gasto que debe realizarse debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y la eficacia de los mismos (Arrow: 1963, pp. 941-973).

Su comportamiento es más asimilable, por tanto, a mercados en los que las implicaciones positivas y normativas de los modelos de competencia imperfecta son generalmente de interés, como son el diseño y efectos del gobierno anti trust y las políticas regulatorias que apuntan a mejorar la actuación del mercado (Schmalensee: 1998, p.183). De hecho, la organización industrial estudia el comportamiento de unidades económicas individuales y las implicaciones que este comportamiento tiene en la formación de los precios, esto es lo que suele denominarse como el “poder de mercado”.

La teoría de la organización industrial establece la existencia de una relación indirecta entre desempeño y estructuras de mercado que pasa a través del filtro de los comportamientos de los agentes. La secuencia estructuras-comportamientos-desempeños se relaciona con otros conceptos como los de contestabilidad y sostenibilidad. Un mercado es contestable si la entrada en él es totalmente libre y la salida no es nada costosa (perfecta movilidad de los factores). De esta manera, se entra en la lógica de las “desreglamentaciones” sectoriales por considerarse inapropiadas y costosas para la nación (Patiño: 1996, p. 16).

Como lo señala Jorge Iván González, frente a las dos singularidades de los bienes públicos (la no rivalidad y la no exclusión), y ante la imposibilidad de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, se ha optado por una especie de sistema mixto en el que se incluye la financiación a través del aseguramiento (González: 2002, pp. 18-24). Al prevalecer la idea de un mercado mixto, se intenta camuflar el mismo con la tinta de la solidaridad (del contributivo con el solidario) y la permanencia de una cierta regulación central, pero ésta no logra en últimas superar las deficiencias en materia de equidad.

Las fallas del mercado se han evidenciado de múltiples maneras; para el caso que nos ocupa, señalaremos dos situaciones: Primero, la implementación de las reformas se encontró con la falta de capacitación y preparación acerca de las funciones contempladas en la ley. Segundo, las instituciones privadas no contaban con la experiencia adecuada en actividades de promoción, prevención, y atención de los eventos de salud pública. Tercero, los organismos de vigilancia y control no siempre ejercen su función adecuadamente, dejando a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), sin la adecuada supervisión y seguimiento de las actividades y servicios que prestan (Cerna y Kroeger: 2002, pp. 1771-1781).

Otro tipo de problemas surge por la asimetría de información entre el médico y el paciente sobre el estado de salud de este último y la forma adecuada de mejorarlo (“ignorancia del consumidor”), típica situación en la que la oferta induce la demanda. Ha sido señalada con claridad en Colombia en el caso de la enfermedad renal crónica. La decisión de hacer el trasplante en lugar de diálisis depende del tiempo que se considere en el análisis de costo. Igualmente, el



mercado en el que actúan el asegurador, el paciente, el prestador del servicio y el proveedor de equipos e insumos es, en apariencia, competitivo. Sin embargo, la provisión de las tecnologías y los insumos necesarios está concentrada principalmente en dos empresas farmacéuticas: Laboratorios Baxter y Fresenius Medical Care (Chicatzá: 2005, pp. 196-199).

Mediante el decreto 3039 de 2007 se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública PNSP- para el cuatrienio 2007-2010, el cual reconoce la importancia del modelo mixto que opera bajo un enfoque racionalista, capaz de establecer prioridades y definir criterios de elección, conforme a los valores del sistema, de los grupos de interés y del contexto.

A partir de allí se establece el conjunto de principios rectores del Plan, entre los que se destaca la equidad, entendida como aquel estado que se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud, y, por tanto, ninguna persona será afectada por su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

Sin embargo, a las deficiencias del mercado se agregan los fallos de regulación, ante la existencia de un Consejo Nacional, creado como organismo de dirección del sistema, pero que ha sido rebasado por la reforma. El primer fallo surge por la propia conformación del organismo pues facilita la captura de intereses, generándose independencia entre los poderes públicos y los agentes regulados, dándose cabida a juegos de interés donde cada grupo (aseguradores, prestadores, representantes del gobierno y de los usuarios), tendrá incentivos para buscar rentas, de modo que en la interacción entre regulados y reguladores se podrán beneficiar los grupos de interés que ejerzan mayor presión.

El segundo fallo de regulación se refiere a problemas de información, pues sus miembros no sólo dependen de los estudios del gobierno, sino que no cuentan con la adecuada capacidad para evaluar las propuestas, con excepción de los gremios (Restrepo y Rodríguez: 2005, pp. 186-188). Al intentar regular se expide la ley 1122 creando la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que enfrenta serios inconvenientes, pues la diversidad de intermediarios se ha ido reduciendo, acercándonos a una lógica de acción más cercana al monopolio que a la competencia, y la asimetría de poder existente conduce a que los propósitos de los intermediarios financieros pesen más que los intereses de la población (González & Pérez: 1998, pp. 149-173)

La descentralización en el sector salud: avances y retrocesos

El poder que ejerce el mercado en la ordenación del espacio es un lugar conocido en la historia política y social de las sociedades contemporáneas. En este sentido, la descentralización se convirtió en el vehículo institucional por excelencia a través del cual, las reformas de mercado alcanzaron mayor celeridad y profundidad, generando nuevos ejes de tensión socio territorial por la apropiación de los escasos presupuestos públicos. Estas confrontaciones se suscitan entre las instituciones del poder central y las de los entes territoriales que no logran definir políticas de largo plazo, creando conflictos entre los intereses y reclamos ciudadanos por mejor bienestar y las prácticas elitistas del poder local. A este escenario se suma la competencia de entes privados en la contratación y prestación de servicios de distinto tipo, quienes han sido beneficiados previamente, mediante la transferencia de recursos por la vía de la privatización de las antiguas empresas estatales.

Las reformas a la seguridad social en Colombia deben entenderse- por tanto- en el marco del proceso de descentralización, cuyo pivote central consiste en considerar al municipio como la unidad básica del espacio territorial donde se construyen y fortalecen los principios democráticos y en el que los habitantes, por ser beneficiarios directos de los servicios, están en capacidad de interpretar de mejor manera el conjunto de sus necesidades (Patiño & García: 1995, pp. 11-24). En este contexto debe entenderse la apertura a nuevos desarrollos institucionales, como resultado de una mayor competencia en el aseguramiento, promoción de la libre elección entre consumidores de la entidad aseguradora y nuevos mecanismos de alianzas de contratación entre aseguradores y prestadores para el aseguramiento de la provisión de planes.

El marco general para la organización de la descentralización ha adoptado, por tanto, un conjunto de normas que en principio han debido permitir: ganar eficiencia, lograr claridad en las responsabilidades territoriales, responsabilizar a las regiones y actores del desarrollo local. En el propósito de cumplir estos objetivos se ha señalado un conjunto de prioridades que apuntan a: primero, simplificar el sistema de transferencias (tanto en materia de salud y educación básicas) mediante el establecimiento de un sistema de capitación (o de costeo

estandarizado), que ya estaba previsto en la ley 60/93. El sistema de “capitación” debe pues cumplir con el conjunto de prioridades establecidas por mandato constitucional, en el sentido de asegurar, antes de un determinado tiempo, a la población colombiana a un mínimo de educación y a un plan mínimo de salud; segundo, definir claramente las responsabilidades o competencias regionales; tercero, evitar la fragmentación territorial.

La nueva página que se abrió con la reformas de salud pretendió sustituir un estado de cosas que la anterior no pudo subsanar y ante las cuales fue menester impulsar nuevos desarrollos. En general, se trató de dar respuesta a una situación en la que predominaba la baja calidad de los servicios ofrecidos, la escasa cobertura de los mismos, lo inequitativo en el suministro de atenciones y la ineficiencia en la utilización de los recursos, en especial del sector oficial, pretendiéndose dar paso a un sistema descentralizado en el que se brinde un verdadero aseguramiento contra las contingencias propias de las enfermedades.

La situación anterior a la Ley 100 mostraba claramente problemas en materia de cobertura y aseguramiento (la población que no poseía ningún tipo de aseguramiento ascendía en 1992 a 45.4% en el área urbana y a 79.5% en el área rural), escasa infraestructura en salud y baja oferta de recursos humanos, ineficiencia del sistema (la asignación de recursos del sector público se realizaba de tal manera que, a los hospitales de mayor complejidad y a las instituciones que generaban mayores gastos les correspondía la mayor parte de los recursos).

La reforma se enmarcó como hemos señalado- dentro del proceso de descentralización de las competencias de organización y prestación de los servicios de salud en el ámbito territorial e institucional del sector, el cual

comenzó con la Ley 10 de 1990 por la cual la Nación constituye el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador, mientras que las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales son los directores y prestatarios de los servicios por niveles de complejidad, mediante la asignación de todas las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los municipios del segundo y tercer nivel a los Departamentos¹.

Este intento fue impulsado por la Constitución Política de 1991 en la que se avaló la perspectiva de descentralización y se entregaron recursos de transferencia desde el Presupuesto Nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357). Fue concretado con la Ley 60 de 1993² (Ley de Competencias y Recursos), en lo relacionado con las transferencias territoriales que buscaban, entre otros objetivos, el de establecer los ajustes necesarios a la estructura organizativa y de financiación de los servicios de salud.

El problema que surgió con esta norma fue que el sector institucional de la Seguridad Social quedó desarticulado del Sistema de Salud y la garantía del servicio público de la Seguridad Social a la ciudadanía y régimen prestacional quedaba irresoluto. Era necesario, entonces, volver a la búsqueda de un servicio único de salud, que integrara el Sistema de Salud al de Seguridad Social, sentido en el cual, posteriormente, se expidió la Ley 100 de 1993 y toda su reglamentación, que delegó a los municipios y departamentos la administración del Régimen Subsidiado de Salud³, creó mecanismos para convertir los subsidios de oferta en subsidios a la demanda y organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por el cual se crean o reestructuran⁴- instituciones de aseguramiento y de prestación de servicios con criterios de racionalidad económica, fundamen-

1 Esta Ley se fundamentaba en la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa para la utilización de los recursos. Entre sus metas se encontraba la de asegurar la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio en el subsector oficial, interactuando y armonizando los esfuerzos de este último con los de los restantes subsectores y con otros sectores.

2 El esquema introducido por la Ley 60 de 1993 otorgó a los entes territoriales autonomía para la administración de los recursos financieros y la toma de decisiones en el ámbito de dirección, administración y prestación de los servicios de salud. No obstante, en muchos casos dicho proceso no generó los efectos positivos esperados, dado que su implementación no tuvo en cuenta las diferencias de capacidad técnica y financiera de los municipios, motivo por el cual muchos de éstos no asumieron de manera efectiva las competencias que se les transfirieron.

3 El Régimen Subsidiado se inició financiado por el Presupuesto Nacional y los recursos de solidaridad del Fondo Fosyga, pero poco a poco se fueron incorporando otras fuentes de origen territorial.

4 Como parte del proceso de descentralización, las instituciones públicas hospitalarias se convirtieron en entidades autónomas o Empresas Sociales del Estado, transformando su estructura de financiamiento y gestión para asegurar la permanencia de aquellos que fueran eficientes en proveer servicios de calidad. De otro lado, luego de la expedición de la Ley 100 de 1993, muchas de las Empresas Sociales del Estado que fueron creadas, no han logrado adaptar su operación para convertirse en entidades productivas y viables financieramente. Las razones han sido las fallas en la política que orienta su operación dentro de un contexto de mercado, la tendencia creciente del gasto, y una deficiente gestión.



tada en tres objetivos principales: alcanzar una cobertura de aseguramiento en salud para toda la población, aumentar la eficacia en el uso de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

Estos objetivos serían logrados mediante una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada a un proceso de autonomía institucional en la prestación de servicios. Este paso se buscó a través de la sustitución gradual del financiamiento, pasando del presupuesto estatal (subsídios a la oferta), a la generación de ingresos por medio de la venta de servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsídios a la demanda de la población pobre); la autogestión y la apertura a la competencia con el sector privado

Por tanto, la Ley 100 de 1993 pretendió transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos. Esto último, bajo la estrategia de la diferenciación de dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio (se da prioridad a la afiliación de la población más vulnerable en situación de pobreza, grupo materno-infantil, los discapacitados, los trabajadores informales y los indígenas, entre otros). El contributivo es similar al que venía operando antes, basado en los aportes de los trabajadores y empleadores; aunque aumentó la cotización. Para efectos del nuevo sistema, el aumento de cobertura se basa, por una parte, en el incremento de la afiliación de los trabajadores independientes y, por otra, en la cobertura familiar.

De acuerdo con las consideraciones sobre la situación epidemiológica del país, el nuevo sistema ofrece un Plan Obligatorio de Salud POS- que comprende acciones de educación, prevención, promoción, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación iguales para cada uno de los miembros del sistema. El POS subsidiado cubría inicialmente las atenciones de primer nivel y las relacionadas con la especialidad

maternoinfantil de todos los niveles; después se incluyeron las enfermedades de elevado costo.

De entrada se presentaron problemas en la implementación de la descentralización y de la ley 100, en particular en la asignación de recursos. Esto se manifestó en asignaciones *per cápita* notablemente disímiles en cada entidad territorial, que no estaban relacionadas con las variaciones de sus costos unitarios (algunos departamentos y municipios recibían recursos por encima, o por debajo, de lo que resultaría de una asignación basada en las necesidades y no atada a porcentajes fijos de distribución territorial entre salud y educación. Otros problemas señalados en su momento fueron: la diversidad de las fuentes de financiación y ciertos aspectos relacionados con las competencias y responsabilidades por niveles, el sistema de información en salud y el gasto en medicamentos, entre otros.

Llegado a este punto es necesario señalar cómo, tras la necesidad de realizar un ajuste fiscal de carácter estructural para recuperar las finanzas públicas nacionales y lograr eficiencia en la asignación de los recursos transferidos, se establece la Ley 715 del 21 diciembre de 2001 que reforma el antiguo régimen de transferencias del Gobierno Nacional a las entidades territoriales, reglamentando su crecimiento real durante el periodo 2002 - 2008 (2% en los primeros cuatro años - 2002 a 2005 - y 2,5% en los siguientes 2006 a 2008).

La importancia de la citada ley reside entre otros aspectos- en el conjunto de oportunidades que se brindan a los municipios en materia de gestión y consolidación de una política de gestión pública y de mejoramiento de la calidad de vida de la población. Es responsabilidad de los alcaldes - entre otras- formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal (PAB); igualmente, gestionar los recursos, el acceso a los servicios, realizar la vigilancia a las condiciones ambientales que afectan la salud humana, promover la participación social y una de las funciones más importantes, garantizar el aseguramiento de la población, aplicar el Sisben, financiar y cofinanciar el régimen subsidiado, vigilar y controlar la evasión y la elusión, establecer la situación de salud y adaptar, administrar e implementar el sistema integral de información.

Ahora el nuevo sistema, denominado Sistema General de Participaciones (SGP), crea una única partida de recursos, proveniente de la

suma del situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. En el caso concreto de la salud se establece su aplicación para el régimen subsidiado, para la atención de vinculados y para los programas de salud pública.

El Sistema General de Participaciones está compuesto por el Situado Fiscal (51%), la participación de los Ingresos Corrientes de la Nación (40%) y el Fondo de Compensación Educativa FCE- (9%). Con la ley 715 se reglamentaron los giros del SGP a las entidades territoriales y se estableció que se giran 12 meses del total de la “bolsa”, uno correspondiente a la vigencia del año anterior y 11 pagos correspondientes a los primeros 11 meses de la vigencia actual.

Con la legislación anterior (Ley 60 de 1993), el Situado Fiscal se pagaba 100% en la vigencia, al igual que el FCE, mientras que los pagos de las participaciones correspondían a 75% de la vigencia y 25% del rezago de la vigencia anterior. Esto era así porque los pagos del Situado Fiscal hacían parte de la apropiación y los de la participación de los municipios correspondían al 75% de la liquidación, equivalente a cinco de los seis bimestres establecidos sobre el 90% de la liquidación.

El Sistema General de Participaciones contempla dentro de su distribución, además de los recursos que se destinan para financiación de régimen subsidiado y para servicio asistencial a la población más pobre, un rublo destinado a promover programas de prevención en salud, el cual debe ser una destinación prioritaria, entendiendo que la efectividad de estos programas de prevención ayudan a disminuir la necesidad de la población de asistir a las instituciones de asistencia médica.

De esta forma, los recursos distribuidos y girados para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud, serán iguales a los asignados durante la vigencia anterior incrementados en la inflación causada y se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales. Estas acciones en salud pública son: reducción de enfermedades inmuno-prevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil, implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, promoción de estilos de vida saludable para la prevención y

control de las enfermedades crónicas, fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En la misma línea, surge la Ley 789 de 2002 que especifica la funcionalidad del Sistema de Protección Social y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social, proyectado hacia una nueva visión en la que el manejo social del riesgo se impone. El Sistema de Protección Social constituye entonces el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.

Sin embargo, el conjunto de leyes citadas se han enfrentado a variaciones en las políticas económicas propuestas por el mismo gobierno. La discusión del gobierno central en los últimos años (Proyecto de Acto legislativo de 2006, por cual se modifican los artículos 356 Y 357 de la Constitución Política de 1991) gira en torno al cumplimiento de ciertas metas y objetivos que vienen siendo planteados en una serie de documentos considerados estratégicos en el segundo período de la Presidencia. Se trata en particular del documento del Departamento Nacional de Planeación “Visión Colombia 2019”, en el cual, se plantean objetivos en materia de crecimiento, competitividad y bienestar social.

Para el cumplimiento de los mismos se requieren decisiones de tipo político-administrativo que garanticen al gobierno el manejo de recursos que no se vean comprometidos por parte de las aspiraciones que los entes territoriales tienen en materia de desarrollo regional y local. Los entes territoriales, a su vez, vienen demandando recursos del Gobierno Central para atender proyectos que deben ser estratégicos en la Nación: sistema de salud, sistema vial, sistema de transporte, entre otros.

Al tenor de esta situación se debe entender la nueva política económica del Gobierno, en la perspectiva de la inflación y el crecimiento: las metas se vienen planteando a partir de un conjunto de indicadores (Inflación básica y causada) que pretenden eliminar la volatilidad propia de aquellos precios que se generan a partir del volumen de existencias (*stocks*) de



oferta. Es decir, recae sobre la demanda y el mercado, la posibilidad de autorregulación de los mismos. En esencia, el sistema de financiación se sigue rigiendo por un sistema en el que predomina una estructura tributaria de carácter regresivo.

Aproximaciones al estado actual

Después de varios años de la reforma al sistema de salud en Colombia se ha señalado un conjunto de problemas, que podrían resumirse de la siguiente manera: la inversión de los recursos de promoción y prevención de los planes de beneficios se ha hecho más con concepciones lúdicas (talleres educativos y recreativos) que con impacto en salud pública; una pobre gestión de los planes de atención básica en el país (con diversos enfoques, con un evidente forcejeo de los diferentes actores locales y regionales para la realización de los mismos); pérdida de control sobre la gestión de la información, que dé cuenta de la situación del sector en el país; deterioro progresivo evidenciado en la disminución de las coberturas de vacunación; recrudecimiento de problemas como la malaria, el dengue y la tuberculosis; crecimiento sin medida de la infección por VIH-SIDA afectando cada vez más a la población femenina (por cada tres hombres con sida en Colombia hay una mujer infectada); aumento de mortalidad por causas evitables y la violencia que constituye el principal problema de salud pública del país, no sólo por las cifras de muertos, lesionados, secuestrados, desaparecidos y desplazados que ésta representa, sino también por el impacto que tiene sobre la salud de los colombianos y sobre el sector mismo.

La complejidad del problema, obviamente, no puede ceñirse tan solo al abordaje de los programas de salud pública de por lo menos una cuarta parte de la población colombiana, en tanto que los fenómenos aquí señalados como el de violencia, inequidad, cobertura limitada del aseguramiento en salud, volumen de población no cubierta por subsidios a la demanda, falta de acceso al saneamiento básico de la población, exigen definiciones de política más profundas y enfoques de gestión y de operación del sistema más proactivos.

Sin lugar a dudas, uno de los problemas centrales -que sigue sin resolverse- es la inequidad en las excepciones al sistema de seguridad

social. Desde un comienzo se ha considerado que hay inequidad y gasto exagerado para ciertos grupos de población en el nuevo esquema de salud (que busca universalidad y equidad) que no deberían existir. Esto constituye una presión adicional y permanente sobre el Fisco, por parte de las entidades del Estado que se encuentran por fuera del Sistema.

En términos generales, se considera que los costos *per cápita* de estas entidades se encuentran muy por encima de la UPC, tanto del régimen Subsidiado como del Contributivo. En otras palabras, se considera que los regímenes especiales deberían desaparecer. Incluso la existencia de planes complementarios pagados por las entidades exclusivamente para los empleados antiguos, con algún tipo de derecho adquirido, deberían desmontarse gradualmente.

Uno de los principales avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, puesto en marcha con la Ley 100 de 1993 es la mayor proporción de la población asegurada bajo alguno de los dos regímenes: Contributivo o Subsidiado, porcentaje que se pasó del 62%, de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida, ECV, realizada por el DANE en 2003 al 87, 91% en el año 2007, según el Ministerio de la Protección Social, para un total de población cubierta de 38.613.203 personas afiliadas.

No obstante, persiste un aumento relativamente mayor durante los últimos años de la población del Régimen Subsidiado frente a la del Contributivo. De igual forma, persiste un bajísimo porcentaje de población vinculada a regímenes especiales, de acuerdo con los índices de cobertura; el éxito ha sido mucho menor en términos de calidad, satisfacción, y atención, a pesar de los recursos que ha atraído, enfrentando no sólo retos de mejoramiento, sino también de restricciones financieras.

También existen dudas sobre la sostenibilidad del Régimen Contributivo porque con las crisis recurrentes se vienen registrando dos tendencias que comprometen su estabilidad. De una parte, una reducción de la densidad salarial por una fuerte caída de los ingresos de las personas durante la crisis, que no se recuperaron. De otra parte, la crisis también trae consigo una densidad familiar mayor, pues no sólo reduce el número de cotizantes al sistema, sino que aumenta también el número

de beneficiarios. La cobertura del Régimen Subsidiado alcanzó un poco más de 21 millones en el año 2007 frente a cerca de 17 millones de personas afiliadas al Régimen Contributivo.

Los resultados de la descentralización en materia de salud pública pueden ser vistos desde diferentes perspectivas y enfoques. En cualquier caso es necesario reconocer los profundos cambios que vienen ocurriendo en el país, en materia de transición demográfica y epidemiológica. En Colombia se ha venido presentando el paso de altos a bajos niveles de fecundidad y mortalidad con un impacto demográfico directo sobre la estructura por edad de la población. La carga de dependencia descendió desde fines del siglo pasado con el envejecimiento de la población, con claras implicaciones afectando la demanda de servicios sociales de educación, salud vivienda y los cambios económicos, sociales y culturales del país (Flórez, 200). Esta composición demográfica se ha visto afectada por la situación de orden público. Durante las últimas décadas en Colombia se dio una gran movilidad de la población rural hacia lo urbano, producto del desplazamiento forzado que se ha evidenciado en la misma composición de las ciudades.

Los resultados en materia de salud pública son de diverso orden: De una parte, la situación colombiana, en términos de esperanza de vida, es superior al promedio de la región latinoamericana. La mortalidad infantil se ha reducido constantemente en el país. Dicha tasa descendió de un nivel de 28.04 por 1.000 a 25.6 en los últimos años. Cabe anotar, sin embargo, que aún existen brechas preocupantes: las tasas de mortalidad infantil son más altas en la zona rural, en las regiones costeras y entre los hijos de mujeres con menor nivel educativo. De otra parte, la mortalidad en menores de cinco años ha presentado una disminución importante en los últimos años. Durante el periodo en cuestión, la tasa se redujo en casi diez puntos; Sin embargo, estos avances no se distribuyen homogéneamente entre los diferentes segmentos poblacionales del país.

La mortalidad materna, por su parte, ha mostrado una tendencia creciente presentando una oscilación entre 45 y 84 muertes por 100.000 nacidos vivos. En general, puede decirse que las principales causas de mortalidad materna en el país corresponden a enfermedades maternas que complican el embarazo, el parto o el puerperio, dentro de las

cuales predominan las enfermedades circulatorias, respiratorias y digestivas de la madre; trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones del trabajo de parto y posparto. De lo anterior se desprende que un análisis de la reforma de la Seguridad Social en Colombia debe pasar por un filtro, para ubicar en el centro del debate los alcances logrados en materia de equidad, en un sentido amplio, lo cual nos conducirá a una reflexión sobre libertades y derechos.

Equidad en Salud

Hemos afirmado que la justicia social ha tenido avances y retrocesos con la implementación de las reformas al agregar nuevas dinámicas de diferenciación social y reforzar un conjunto de desigualdades estructurales.

Mientras estas desigualdades comprenden y describen la jerarquía de ingresos entre categorías sociales, las nuevas - las desigualdades dinámicas- proceden de la recalificación de diferencias dentro de categorías a las que antes se juzgaba homogéneas. (Rosanvallon: 1997, p.73). Para el caso que nos ocupa podría señalarse, parodiando al mismo autor, que no es lo mismo un médico desempleado desde hace mucho tiempo, pues no solamente soporta una merma considerable de sus ingresos, sino que su dignidad se reduce además por el hecho de sentirse excluido del mundo de los médicos, sin lograr pese a ello figurar como perteneciente a otra categoría.

Consideramos que existen varias razones para seguir considerando la equidad como un aspecto fundamental para evaluar los alcances de la política pública: primero, existe una clara relación entre la política pública, la salud y la equidad: ella se deriva del hecho, sencillo pero trascendental para la vida humana, de lograr estar incluido o no en los denominados subsistemas funcionales del bienestar social contemporáneo; segundo, debatir públicamente los temas de equidad en salud permite adentrarnos en una discusión sobre lo justo en sociedades donde existen valores hegemónicos y en los que, como en nuestro caso, se suele estar excluido del conjunto de oportunidades económicas y sociales que deben garantizar el Estado y sus instituciones; tercero, permite potenciar la voluntad política, que significa la posibilidad implícita de revocar cualquier decisión que la sociedad considere injusta



mediante adecuados mecanismos de participación ciudadana; cuarto, no solamente remite a una discusión sobre lo justo, sino también a pensar la relación entre universalidad y hegemonía, universalidad y diversidad.

Esos mecanismos de participación nos deben llevar a pensar en “mapas de la diferencia”, a reconocer que existen variadas formas de determinar el componente socioeconómico de los grupos vulnerables -en relación con el tema de la salud- por acceso, por cobertura, por grupo étnico, por género.

Como afirma Sen:

Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas de alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y la distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia. (Sen y Kilsberg: 2007, p. 64)

En el caso de la salud y las reformas aquí señaladas, sería conveniente adoptar la distinción propuesta por el mismo autor, entre exclusión e inclusión desigual (Sen y Kilsberg: 2007, pp. 27-42). Muchos de los grupos sociales vulnerables en Colombia han entrado al sistema de Seguridad Social en condiciones que pueden considerarse como “desiguales”. A ello se suma el hecho, nada despreciable, de que estos mismos grupos han sido ya excluidos cuando, por ejemplo, se les han violado sus derechos humanos y libertades fundamentales (amenaza, tortura, secuestro y asesinato), Es decir, la política pública que ha pretendido sacarlos de la exclusión, termina por incluirlos al sistema de salud, pero desigualmente.

Lo notable de esta situación es que para lograr mayores niveles de equidad la Corte Constitucional ha procedido a declarar un estado de cosas inconstitucionales, solicitando se verifique el cumplimiento de la política pública en materia de derechos. Con ello, podemos afirmar que las inequidades que

usualmente se identifican en el sector de la salud son de diversa naturaleza y origen. Así, en el orden territorial ellas pueden identificarse espacial y socialmente, pueden ser económicas o de género, se refieren también al acceso y al uso de los servicios de salud.

Varios autores han considerado el problema de la equidad en un contexto más amplio de justicia que incluye, por ejemplo, las formas como se definen las reglas a las cuales deben someterse las actividades de intercambio (Parijs: 2002, pp. 14-15). Se ha definido también a partir de acuerdos que presuponen los términos equitativos de cooperación.

Para alcanzar dicho acuerdo, Rawls nos remite a la idea de la posición original -“velo de ignorancia”- que excluye cualquier forma de amenaza, fuerza, coerción, engaño o fraude, en la cual a las partes no se les permite conocer sus posiciones sociales o las doctrinas comprensivas particulares de las personas a las que representan (Rawls: 2002, pp. 24-25). Puede guardar, igualmente relación con el ser y el hacer como con el tener; con la producción, tanto como con el consumo; con la identidad y el *status*, tanto como con el país y el capital (Walzer: 2001, pp. 24-26). La equidad, al contemplarse en un sentido amplio, puede considerarse como el derecho que tiene un individuo a tener igual oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud. Al centrar la atención en las oportunidades reales que puede obtener un sujeto con el conjunto de bienes disponibles, la atención se desplaza del enfoque basado exclusivamente en las necesidades al de las capacidades, de los bienes a las libertades que esos bienes propician (Sen: 2000, p. 33).

El tema de los derechos ha sido ampliamente tratado en el marco de diferentes corrientes teóricas como el Utilitarismo (incluido el Consecuencialismo, Welfarismo y Suma-grado). El Consecuencialismo impide el uso de cualquier información que no esté incluida en la descripción del estado de cosas consecuente. Sen ha señalado, que estos tres componentes del Utilitarismo se encuentran en tensión al momento de adecuar los derechos a cabalidad. En primer lugar, una violación de derechos a través de la ausencia, por ejemplo, del “debido proceso”. En segundo lugar, un estado de cosas en el que los derechos han sido sistemáticamente violados. En tercer lugar, el peso que se otorga a las utilidades de diferentes personas puede ser asumido como dependiente de sus

roles respectivos en la sociedad. El autor asume una perspectiva integrada de los derechos, que toma en cuenta la importancia del valor de realizar y no de violar los derechos, pero que lo obliga a otras consideraciones, como la de incluir la necesidad de evitar la miseria social y la opresión económica (Sen: 2002, pp. 12-15).

Es en este contexto como debe entenderse la sentencia T-025 de 2004 mediante la cual la Corte Constitucional declaró la existencia de un Estado de Cosas Inconstitucional (ECI) en materia de cumplimiento del gobierno sobre los derechos de las personas desplazadas. Con ello se reafirma el principio de responsabilidad del Estado en la creación de condiciones que hagan efectivos los derechos especiales de ese grupo de personas, consagrados por la Ley 387 de 1997. Para materializar el derecho a la salud para la población desplazada, la Corte Constitucional, en su Auto N° 109 de 2007, adoptó los siguientes indicadores de goce efectivo: Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Todas las personas cuentan con afiliación al SGSSS; Acceso a la asistencia psicosocial: todas las personas que recibieron apoyo psicosocial lo recibieron, Acceso al esquema de vacunación: todos los niños del hogar cuentan con esquema de vacunación completo.

Con el propósito de medir el grado de avance en el cumplimiento del derecho, la Corte adoptó los siguientes indicadores: Porcentaje de personas incluidas en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD), que se encuentran afiliadas al SGSSS, los que reciben apoyo psicosocial solicitado y el porcentaje de niños menores de 8 años incluidos en el RUPD con esquema de vacunación completo.

Las conclusiones en la materia son las siguientes: primero, aproximadamente 1 de cada 5 personas desplazadas, incluidas en el registro citado, no se encuentra cubierta oficialmente, con el agravante de que la afiliación de esta población se concentra básicamente en el régimen subsidiado. Esto corrobora que la población desplazada no está vinculada a mercados laborales informales; segundo, aunque se encontró que el 82,7% de los niños posee el esquema de vacunación completa acorde con su edad, preocupa que el 16,3% restante se enfrente a una incidencia de enfermedades proclives en Infantes; tercero, el 11% de las mujeres que estuvieron embarazadas en el último año no alcanzaron la fase de parto porque su embarazo falló o quedó interrumpido,

comprometiendo las acciones de promoción y prevención; cuarto, tan sólo el 27,8% de las personas desplazadas mayores de 11 años de edad acceden a programas de salud sexual y reproductiva (Garay: 2008, pp. 91-99).

Conclusiones

En las actuales condiciones de recesión económica global, a la sociedad colombiana no le puede ser indiferente la manera como se adecua su aparato estatal a los reordenamientos globales en materia de bienestar social. De allí se desprende la perentoria necesidad que tienen sus diversas instituciones y la sociedad civil de pensar en una nueva forma de contextualizar la dimensión socio-política en la que se ubican actualmente los modernos estados europeos y la nación norteamericana en relación con sus sistemas de salud. La *re-significación* del papel de Estado debe contemplar, en nuestro caso, un nuevo análisis crítico no sólo de fallidas experiencias de intervención social por parte del Estado, sino también asumir como propios las profundas fracturas sociales, producto de un sobredimensionamiento de la capacidad del mercado para regular el sistema de salud, mediante un esquema mixto.

Es, además, una perspectiva política, pues se requiere alcanzar ciertos grados de soberanía sobre los asuntos locales, en relación con los circuitos transnacionales, pues debe permitir construir estrategias de supervivencia de sistemas productivos locales, relacionados con circuitos económicos extraterritoriales, en el sentido de que se requiere organización, representación y movilización de intereses sociales (Restrepo, 2004).

Si las inequidades son el resultado socio-histórico de la adopción de modelos económicos de desarrollo que han acentuado las desigualdades estructurales y formado nuevas desigualdades dinámicas, se debe aceptar entonces que la sociedad y sus instituciones también tienen la capacidad y el deber ético de aceptar las reivindicaciones de diferentes grupos sociales, que no logran identificarse con las políticas del Estado.

Hasta ahora no existen consensos para evaluar los impactos de las reformas descentralizadoras sobre la salud de los colombianos: Así, algunos autores confirman desarrollos positivos en el sentido de que las reformas han seguido parámetros previamente



establecidos, teniendo en cuenta diferentes experiencias internacionales (Cassels: 1995).

Para algunos autores, el hecho de no apoyarse en recursos provenientes de instituciones “supracráticas” adquiere un significado especial (Barn y Jesanni: 2000, pp. 83-84), hasta el punto de recibir elogios en materia de equidad por las formas de financiación adoptadas en términos de lograr que un grueso de la población tenga accesibilidad financiera al sistema de salud. También se han señalado las vicisitudes del nuevo modelo descentralizador, en su relación con la incapacidad del sistema para lograr un adecuado esquema de monitoreo de las EPS y ARS (Cardona: 1996, pp. 47-50).

Lo inequitativo de las nuevas reformas ha sido señalado, incluso para países como Chile, que han estado a la vanguardia en la implementación de cambios en materia de salud. La segunda generación de reformas o segunda fase del modelo de desarrollo que se iniciara en la década de los noventa se ha basado en dos supuestos fundamentales: primero, la posibilidad de lograr nuevos umbrales de equidad, en lo que se ha denominado sociedad “postajuste” y, segundo, lograr que una mayoría política y social respalde las reformas que básicamente se orientan al logro de un buen desempeño en el mundo globalizado. (Vergara: 2000).

La construcción de sociedades más equitativas pasa, por tanto, por una denuncia ética de lo innecesario y de lo injusto para reivindicar la acción política, como ha ocurrido recientemente en algunos países de América Latina, aunque no necesariamente ello implique de nuevo la adopción de modelos de manera acrítica. El logro de mayor equidad en el sistema de salud en Colombia no puede seguir acometiéndose de manera simple, es decir, como conquista de mayor racionalidad conducente a un esfuerzo de focalización, avocando la discusión y la implementación de políticas por la vía de implementación de un sistema de leyes. La inequidad no se agota, obviamente, en las desigualdades en salud. La equidad no depende de cómo se presten los servicios únicamente, pues los resultados son un eje central que debe tener en cuenta los procesos conducentes y la capacidad real que los individuos tengan de impactarlos.

Existen unas causas asignables al contexto social, tales como las desigualdades existentes

en oportunidades básicas. Ciertas condiciones de vulnerabilidad, que someten a los individuos y grupos humanos a exposiciones sistemáticas diferenciales deben también considerarse. El análisis de la exclusión social debe estar orientado, por tanto, no sólo a señalar sino a intervenir ciertas áreas.

Las desigualdades en salud deben tener en cuenta una atención del Estado a distintos grupos poblacionales, según el grado de diferenciación en el que se encuentren. Los logros en materia de reducción de indicadores como mortalidad, morbilidad y discapacidad siguen siendo importantes para evaluar el alcance de las políticas públicas en materia de salud. Sin embargo, no dan cuenta por sí solos de la salud como desarrollo de capacidades.

Bibliografía

- Arrow, K. (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *American Economic Review* 53, pp. 941-973.
- Barn, R. y Jessani, T. (2000). The role of the World Bank in international health: Renewed commitment and partnership. *Social Science and Medicine*, 50:183-184.
- Cardona, H. (1966). Las paradojas de la ley 100 de 1993. *Revista de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 13:47-50.
- Cassels, A. (1995). *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Cerna, C. y Kroeger, A. (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad: Revista de Salud Pública, Río de Janeiro*, 18(6): 1771-1781, nov-dic.
- Chicatzá, L. (2005). Las fallas del mercado de la salud en Colombia: El caso de la insuficiencia renal crónica. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7, N°. 12, primer semestre, pp. 196-199.
- Domar, E. (1953). Depreciation Replacement and growth, *Economic Journal*, LXIII, Marzo, p. 1-32.
- Fitoussi, J.P. y Rosanvallon, P. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Flórez, C.E. (2000). *Las transformaciones socio demográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: TM Editores.

Garay, S. Barberi, G. Prada, G. Ramírez, C. y Cardona, I. (1998). Verificando el cumplimiento de los derechos. Comisión de seguimiento a la Política Pública sobre desplazamiento forzado. Bogotá, CODHES.

González, J. (2002). "Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad", *Revista Gerencia y Política de Salud* 1,2 pp.18-24, septiembre.

González, J. y Pérez, F. (1998). "Salud para los pobres en Colombia: de la planificación centralizada a la competencia estructurada. *Coyuntura Social* 18, Mayo, 149-173.

Parijs, V. y Arnsperger, C. (2002). *Ética económica y social: teorías de la sociedad justa*. Barcelona: Paidós, Estado y Sociedad.

Patiño, G. (1986). *Líneas fundamentales del debate contemporáneo en teoría económica*. Popayán: Taller editorial de la Universidad del Cauca,

Patiño, G. y García, R. (1995). "Aproximación Geo-económica a la problemática municipal", en: *Revista Meridiano*, Facultad de Humanidades, N°. 33, noviembre, Pasto: Universidad de Nariño

Rawls, J. (2005). *La justicia como equidad: una reformulación*. Barcelona: Editorial Paidós, Estado y Sociedad.

Restrepo, J. y Rodríguez S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7, N°. 12, primer semestre, 186-188.

Restrepo, D. (2004). *Transferencias y desarrollo: un portafolio para el progreso de las regiones*, en: *Desarrollo de las regiones y autonomía territorial*. Bogotá: GTZ-FESCOL.

Romer, P. (1986). Increasing returns and long-run growth, *Journal of Political Economy*, 12-37.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Editorial Planeta.

_____. (2000). *La libertad individual como compromiso social*. Quito: Ediciones Abya Yala.

_____. (2002). *Economía de bienestar y dos aproximaciones a los derechos*. Universidad Externado de Colombia. Bogotá: Centro de investigación en Filosofía y Derecho.

Schmalensee, R. (1988). Industrial Organization, en *The New Palgrave. A Dictionary of Economics*, J. Eatwell, M. Milgate y P. Newman (comps.) *MacMillan Press*, Vol II, 803.

Vergara, C. (2000). El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Touraine, A. (1998). *Igualdad y diversidad México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Walzer, M. (2001). *Las esferas de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.