

LA SALUD ATRAPADA EN EL MERCADO; CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS  
EFECTOS DE LA LEY 100 PARA SANTANDER

JHON ALEXANDER RIOS MADIEDO

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Bucaramanga

2013

LA SALUD ATRAPADA EN EL MERCADO; CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS  
EFECTOS DE LA LEY 100 PARA SANTANDER

JHON ALEXANDER RIOS MADIEDO

Trabajo de Grado para obtener el título de Economista

Director:

Héctor Fernando López Acero

Doctor en Filosofía

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Bucaramanga

2013

## **Agradecimientos**

Actualmente que me encuentro finalizando esta etapa de mi vida, recuerdo aquellos momentos que han trascendido mi formación académica y que hoy es el resultado del pequeño paso hacia el logro profesional. En ese sentido, los profesores del colegio que han abarcado desde el proceso de primaria y secundaria, sin duda alguna han dejado sus enseñanzas valiosas en este largo proceso, después por los azares de la vida y los caminos que conduce ella termine estudiando en la UIS. Allí conocí profesores que trascendieron tanto positivamente como aspectos negativos en la manera en como la vida se desarrolla y se manifiesta. Lo cual, me ha impregnado el valioso sentido de mi ser y que en cierta manera ha influido en las decisiones que llevaron a la realización académica y profesional.

Nada de esto sería posible sin antes mencionar lo importante y la roca que es mi familia. Con ello mi querida madre que con sus sabias palabras de amor han sabido como guiar un camino que jamás ha sido fácil, a mi padre hombre apasionado que siempre ha depositado confianza y que sus palabras han ejercido la maduración plena del hombre que soy hoy. No menos importantes mis hermanos ya que cada uno reflejan sacrificio y ejemplos en los caminos de la vida, y mis queridas sobrinas que con sus sonrisas puedo decir que toco un pedazo del cielo. También quiero resaltar aquellas personas que compartieron una relación especial y que están sujetas a unos momentos de los cuales con sus palabras, abrazos, sonrisas, discusiones, peleas..... Amigos que dejaron una huella por su calidad humana y que son el baluarte del paso por la universidad.

Estas últimas palabras son para el reconocimiento de una persona que por la significancia de los últimos momentos con la universidad y por locos caminos azarosos de la vida hemos compartido una maravillosa relación. Donde siempre estuvo dispuesta, brindándome apoyo en el transcurso de la elaboración de la monografía, mostrando un gran interés en los temas planteados. Las conversaciones suscitadas algunas veces aburridas siempre aportó desde su visión y conocimiento del problema, Diana gracias por ser esa persona que durante mis miedos y temores siempre me brindo un apoyo incondicional.

## Resumen

**TITULO:** LA SALUD ATRAPADA EN EL MERCADO; CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA LEY 100 PARA SANTANDER\*.

**AUTOR:** Jhon Alexander Ríos Madiedo\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Mercado, Neoliberalismo, ley 100 de 1.993, FOSYGA, Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, EPS, IPS, Santander.

**CONTENIDO:** La manera en como las sociedades estructuran el sistema de salud enmarcan la resolución de la problemática que gira alrededor de la obtención y acceso a los servicios de salud. Ello ha inducido a constituir sistemas de seguridad social fundamentada en la idealización de derecho universal, pero la construcción de universalización de la salud se esquematiza en la acción estatal y los conflictos de interés en el desarrollo y la conformación del sistema. En ese sentido, para Colombia el modelo político-económico que configura el escenario de la salud está dentro de la lógica Neoliberal fundamentado en la lógica del mercado, esto ha permitido que en el desarrollo de la ley 100 se consolide el capital privado como un actor clave dentro del sistema de salud, debido a la importancia económica que ejercen los actores en la prestación del servicio.

Donde el estado está inmerso dentro de la corriente liberal que pregona la cientificidad de la economía, ello ha establecido que la dificultad en asuntos de política pública resida en la dinamización o crecimiento de la riqueza, orientado en las grandes decisiones que tome el estado este expresado en la asignación de recursos. Lo cual ha repercutido y transfigurado toda noción de derecho ciudadano en reproducir una lógica mercantil, el modelo de salud hace una asimilación de derecho de propiedad que opera en un mecanismo comercial ligado a los derechos de la ciudadanía como la salud.

---

\* Trabajo de grado.

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía. Héctor Fernando López Acero.

## Abstract

TITLE: The Health trapped in of the market; context of the effects of law 100 for Santander\*.

AUTHOR: Jhon Alexander Rios Madiedo\*\*.

KEYWORDS: Markets, Neoliberalism, Law 100 of 1993, FOSYGA, Contributory Regime, Subsidized, EPS, IPS, Santander.

CONTENT: The way in which societies structure the health system delimit the resolution of the problem which revolves around the collection and access to health services. This has led to establish social security systems based on the idealization of universal law, but the construction of universal health care outlined in state action and conflicts of interest in the development and shaping of the system. In that sense, for Colombia the political-economic model that sets the health arena is within Neoliberal logic based on the logic of the market, this has allowed the development of the law 100 is consolidated private equity as an actor key within the health system, because of the economic importance of the actors engaged in providing the service.

Where the state is immersed in the liberalism that touts the scientific of the economy, it has been established that the difficulty in matters of public policy resides in energizing or accretion of wealth, oriented to the major decisions taken by the state this expressed in the allocation of resources. This has impacted and transformed any notion of right in reproducing a market logic model makes health a assimilation of property law operating in a commercial mechanism linked to the rights of citizenship and health.

---

\* Word of degrade.

\*\* Faculty of human sciences. School of economics. Héctor Fernando López Acero.

## Contenido

Introducción .....	9
1. La Representación económica .....	12
1.1 El enfoque clásico del valor de las mercancías .....	13
1.2 La apreciación subjetivista del valor .....	17
1.3 El enfoque neoclásico y la confirmación de la ciencia económica.....	19
1.4 Mercantilización del objeto; la utilidad y sus consecuencias.....	23
1.5 Entre la verdad y otros demonios. Una reflexión de la medicina .....	26
2 Todo queda hacia el mercado: conceptualización y confrontaciones del modelo de salud.....	31
2.1 Lineamientos del estado vs el mercado.....	34
2.2 Génesis de la seguridad social en Colombia .....	36
2.3 La salud; ¿Derecho o Servicio? .....	42
2.4 Análisis económico del sector salud .....	47
2.5 La situación en cobertura.....	52
2.6 El empleo como problema estructural en la financiación del seguro de salud.....	57
2.6 La situación de salud pública Santander .....	60
2.7 Efectos de la neo liberalización de la salud y sus consecuencias para Santander.....	62
3. La salud mercantil y el derecho a la misma. ....	71
3.1 El alcance de la economía en la salud como un objeto. ....	73
3.2 La lógica y las determinantes acciones políticas gubernamentales hacia la preponderación del capital privado.....	75
3.3 Generalizaciones de los servicios de salud Santander.....	80
3.4 El gobierno y la discusión de la reforma de la salud.....	83
4. Conclusiones y consideraciones finales .....	90
BIBLIOGRAFIA.....	94

## Introducción

La salud es uno de los elementos que estructura a las sociedades, la manera en como la sociedad organiza la resolución de los problemas de la salud define los problemas que se presentan de justicia social y la resolución solo se logra en el largo plazo. Es un acumulado de la sociedad que invierten de manera sistemática con una visión de derecho universal, sin duda alguna hay mejores resultados en calidad humana, de vida, solidaridad, maneras de relacionar con las personas, el medio ambiente, y el respeto de reglas básicas de la convivencia. Luego, la salud es un componente estructuran-te de las sociedades modernas, y a partir del siglo XX esta visión se quiso plasmar en la carta de derecho humanos de 1.948 en una visión bastante amplia o universal que estaba en función de la dignidad del ser humano.

En Colombia el transcurso de la creación de la seguridad social no ha podido constituir un corte universalista de la salud, por razones que impregnan desde el manejo político y económico. Como consecuencia a ello, el país reestructura su sistema de salud a partir de la reforma de la ley 100 de 1.993 sustentado en las bases del mercado, en medio de la constitución política de 1.991. Que llevo al país a reformar sus leyes jurídicas en busca de promover o ampliar el derecho de salud como un deber constitucional la cual tendría participación los particulares que estuvieran interesados en promover este servicio público<sup>1</sup>. En un contexto político que está dentro de la lógica neoliberal, de individuos que compiten en el mercado porque era el devenir de las reformas estatales del gobierno de Cesar Gaviria para ese entonces. Pero también se evidencia una visión universalista dentro de la constitución política, donde la corte constitucional viene desarrollando los

---

<sup>1</sup> **Constitución Política de Colombia..** (Recurso electrónico). Artículo 48 y 49. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

mecanismos para acceder a la salud dentro de una visión universalista como un derecho por medio de las tutelas.

La confrontación de estas dos visiones para el desarrollo del modelo de salud a estado escudada en la universalidad como derecho ciudadano por un lado, en cambio la otra visión es un servicio que se presta en el mercado. Configuración última que está plasmada en el modelo de salud colombiano. Donde las teorías neoclásicas esgrimen la organización que debe asumir el estado en el manejo de las políticas sociales. Basándose en las percepciones de seres racionales económicos, el “*homo economics*” que está en función de los sentimientos egoístas de los individuos conllevando a maximizar las preferencias que suelen devenir del racionamiento cuantitativo para el consumo y dependiendo de las valoraciones economicistas. Dejando a un lado la solidaridad o la inter-dependencia entre los seres humanos, lo cual conlleva a diferenciar aquellos bienes que están dentro de la esfera privada y pública. Partiendo de la racionalidad de las preferencias individuales que hacen las personas en el consumo de un bien y que está sujeta al mercado. En donde el modelo está determinado por la manera en como los individuos toman decisiones en salud basados en el aseguramiento y las canastas que le brindan los aseguradores, a partir de las señales del mercado.

La conceptualización y los criterios económicos en la que se base el actual modelo de salud, está en función de la manera en como la economía rodea todos estos criterios teóricos. Que tienen su fundamentación en los pensamientos económicos clásicos y neoclásicos que definen la valoración económica de los objetos, en ese sentido el primer capítulo se aborda la teorización del valor de las cosas. Para poder conectar las ideas mercantiles en las que se basa el sistema de salud y transfiguran el derecho ciudadano y lo convierten en un derecho de propiedad. Por lo tanto, el modelo es un sistema que se caracteriza por ser individual y deja por fuera toda la conceptualización de derecho universal que está en el reconocimiento de los derechos humanos y en la constitución política.

En referencia a lo anterior, el capítulo 2 y 3 explicaran al detalle la manera en que opera el sistema y las relaciones que interconectan el acceso a la salud, y la manera en cómo se provee a lo que se denomina “servicio”. Donde se abordara la implementación de la ley 100, sus razones se discutirán en el transcurso del desarrollo de la monografía para reflejar los efectos que trajo la implementación de la política neoliberal para Santander donde se podrá observar una tendencia homologa con la realidad nacional.

## 1. La Representación económica

*"No es por la benevolencia del carnicero, del cervecero y del panadero que podemos contar con nuestra cena, sino por su propio interés"*  
*(Adam. Smith)*

La economía es una ciencia social que busca la "armonización" de la asignación, distribución, y producción de los recursos. Pero el campo de acción es bastante complejo debido a los problemas que resaltan en base a la organización económica. Es en este punto donde el conflicto de la desigualdad socio-económica, la riqueza y el desarrollo sobresalen dentro del andamiaje económico y en la convivencia social.

Los análisis económicos han conllevado a la materialización del bienestar a través del lucro, debido a la noción de escasos recursos, en el cual se plantea que el sistema a través de sus dinámicas haga una asignación para la utilización de los mismos. El mercado como órgano regulador parte como el padre de la relación económica-social, configurando estratificaciones que suelen distinguir o diferenciar a través de la segmentación en donde se establecen los precios de los bienes para el funcionamiento del establecimiento. El mercado es por lo tanto; la piedra angular que alimenta al sistema a partir de una serie de axiomas como el principio de competencia que permite la autorregulación en función de las fuerzas que interactúan en el intercambio de bienes.

El desarrollo de la sociedad occidental a través de la revolución industrial siglo XVIII y XIX permitió el avance de la humanidad a través del mecanismo de mercado, por ello es importante indagar la relación económica entre los objetos y el hombre.

En la primera parte del primer capítulo abordará una perspectiva muy general del sostenimiento de la ciencia económica. El cual nos permite indagar la relación

económica de los objetos, a través de su marco científico, analítico, y teórico; para la comprensión económica de las mercancías, para poder darnos una idea de las relaciones mercantiles, por eso no es vano que la salud está en el mercado debido a su misma dinámica. En la última parte del presente capítulo se debatirá la salud desde la visión de Hans Jonas, la ética con la técnica donde se reflexionará acerca del sentido de la “buena vida” por medio de las normas morales que aquejan una sociedad cada vez más avanzada y que se regula por el sendero de la modernidad como su núcleo.

### **1.1 El enfoque clásico del valor de las mercancías**

Las primeras aproximaciones en el estudio económico que intentaron indagar sobre el porqué las economías crecen y/o porqué existen países industrializados o desarrollados, fueron expuestos en economía política. Por pensadores como: Adam Smith, Ricardo, y Marx, para explicar la funcionalidad de la economía, el desenvolvimiento social y dónde proviene la riqueza. En una época resultante de un auge industrial (siglos XVIII, XIX) que conllevaría al desarrollo de un sistema económico basado en la acumulación de capital, la tecnificación de la producción y los adelantos científicos provocarían que nuevos métodos estén inmersos en los procesos para la elaboración de mercancías, permitiendo la minimización del tiempo ajustando hacia la división social de trabajo. Provocando aumentos en la productividad en la creación de mercancías y excedentes económicos en el intercambio, el cual incitó el desarrollo económico de occidente. Donde por lo general lo importante era la acumulación de capital para la destinación de aquello que pudiera producir riqueza.

El desarrollo se materializó en los nuevos procesos industriales, ello conllevó a indagar sobre el valor de la riqueza. Para ello se diseñó un sistema monetario donde se pudiera intercambiar mercancías a un valor equivalente y tuviera características de maleabilidad, durabilidad, y facilidad de transportar. El dinero

era el puente de cambio para el intercambio de mercancías. La discusión por lo tanto se enfoca en la medida de valor de las mercancías; para Adam Smith el valor de las mercancías van a depender de la cantidad necesaria de trabajo para la elaboración de las mismas, por lo tanto; el trabajo es el precio de los bienes. Pero van a depender de su relación con la funcionalidad de la mercancía asignando un valor relativo. Con ello el valor es la relatividad con que se usa la mercancía y el intercambio que pueda tener la misma; es decir se concibe un valor de uso y valor de cambio para el precio final, refiriéndonos a dos concepciones basado en la utilidad que pueda brindarnos el objeto, o en otras palabras el grado de satisfacción que nos genera la mercancía y la capacidad de compra establecido en el mercado.

El trabajo es considerado como el eje fundamental para la creación de la riqueza, pero dependerá de la mecanización del trabajo como consecuencia de la acumulación de capital, es decir el valor de las mercancías está en función de la cantidad de trabajo dependiendo del grado de tecnificación como consecuencia de la acumulación de capital. Esta es la diferenciación que hace Ricardo sobre Smith; pues consideraba que el valor del trabajo era invariable en el tiempo y por lo tanto las cosas cuestan el trabajo aplicado en la elaboración de la mercancía o como diría Smith *“el trabajo muchas veces podrá comprar más y otras menos cantidad de bienes”*. Sin embargo, Ricardo argumenta *“lo que varía es el valor de los bienes, y no el trabajo que los adquiere, y por lo tanto el trabajo, al no variar nunca el valor, es el único y efectivo patrón efectivo, por el cual se comparan y estiman todo los valores de los bienes”*. Finalmente; *“el valor de las mercancías va a depender de la cantidad comparativa de bienes producidos por el trabajo es la que determina su valor relativo presente o pasado, y no las cantidades comparativas de bienes que se le entregan al trabajador, a cambio de su trabajo<sup>2</sup>”*.

---

<sup>2</sup>RICARDO, David. *Sobre el valor* En: **“principios de economía política y tributación”**. Fondo de Cultura Económica. México.1959. pág. 13.

Para Marx la riqueza capitalista es la producción de mercancías y a partir de esta noción basa su análisis desde la conceptualización de la mercancía como eje fundamental. Los objetos se desprenden de dos análisis; *el valor de uso y el valor de cambio*. El primero hace referencia en el consumo del bien ya que está asociado a la utilidad y además es el soporte del valor de cambio.

El valor de cambio es una relación cuantitativa que solo expresa la proporción en que se cambian valores de uso de las mercancías por valores de uso de otras. Es decir; las mercancías encierran cualidades distintas debido al uso o a su utilidad y es finalmente lo que se transan en el mercado. Pero las mercancías se caracterizan por ser el fruto del trabajo acumulado para la creación de las mismas. *“Es coágulo de trabajo humano indistinto, es decir, de empleo de fuerza humana de trabajo, sin atender para nada a la forma en que esta fuerza se emplee. Estos objetos sólo nos dicen que en su producción se ha invertido fuerza humana de trabajo, se ha acumulado trabajo humano. Pues bien, considerados como cristalización de esta sustancia social común a todos ellos, estos objetos son valores, valores-mercancías”*. Por lo tanto; el valor de uso solo encierra la materialización de la mercancía el producto final, trabajo humano abstracto. Entonces: ¿Cómo se mide la magnitud del valor? *“La cantidad de sustancia creadora de valor, es decir, la cantidad de trabajo que encierra se mide por el tiempo de su duración, y el tiempo de trabajo, tiene, finalmente, su unidad de medida en las distintas fracciones de tiempo; horas, días, minutos, etc<sup>3</sup>”*.

El valor de una mercancía se encierra por la cantidad de trabajo invertido en su elaboración. Por lo tanto el tiempo es la reducción mínima a su máxima expresión debido a la competitividad que acarrea la elaboración de las mercancías. En consecuencia: *“tiempo de trabajo social necesario<sup>4</sup>”*, para la producción de determinado bien, dependerá del grado de destreza, capacitación, o conocimiento

---

<sup>3</sup>**MARX**, Carlos. *La mercancía* EN: **El capital**. Crítica de la economía política. Vol. I, editorial Fondo de Cultura Económico. 1964. Pág. 25.

<sup>4</sup> **Ibíd.** Pág. 25.

que se ejerce para la elaboración de los bienes de la sociedad. En consecuencia; la magnitud del valor de un objeto es *la cantidad de trabajo socialmente necesario*, donde la capacidad productiva dependerá del tiempo y la fuerza laboral que conlleva a la apreciación de la magnitud del valor del objeto, “*ya que el valor de una mercancía cambia en razón directa a la cantidad y en razón inversa a la capacidad productiva del trabajo que en ella se invierte*”<sup>5</sup>.

Para Marx las mercancías tienen dos fisonomías: un valor de uso y un valor de cambio. El valor de uso es *trabajo útil*; debido a que se necesita actividades productivas para la creación de objetos, en ese sentido, es en el trabajo donde se materializa el valor de uso de un producto, es *trabajo útil*. Debido a que el trabajo lo asociamos con la utilidad que puede ejercer el bien sobre la creación del objeto y que son correspondientes a trabajos útiles ya que los usos son correspondientes a las distintas cualidades que tienen las mercancías para la elaboración de las mismas. Si no fueran por las características cualitativas que tienen los objetos, el intercambio no se daría. Debido a que son los valores de usos el que permite la interacción del canje en el mercado, el intercambio o el valor de cambio es por la apreciación de su uso que tiene el objeto para determinar su precio, es el carácter de útil lo que estima la cuantía de las mercancías.

El trabajo como creador de valor “*la cantidad de trabajo socialmente necesario*”, abarca un doble carácter; por un lado expresado en el valor uso es una relación cualitativa que expresa la utilidad de los objetos para la consecución de trabajo útil, mientras que la *magnitud del valor* solo interesa una relación cuantitativa expresada en la capacidad productiva del trabajo. Es decir; el trabajo humano abstracto está compuesto por dos relaciones. Cuando hablamos de relación cualitativa se hace referencia a la clase y calidad de trabajo, mientras que la *magnitud de valor* expresa la cantidad de trabajo.

---

<sup>5</sup> **Ibid.** Pág. 26.

Las mercancías quedan conexas conteniendo un doble carácter que dependen de la característica propia del trabajo (relación cualitativa, y cuantitativa), conllevando a la forma de valor de las mercancías. Para ello, los objetos contienen una forma relativa y equivalencia del valor. En ese sentido la comparación entre dos mercancías nos permite cuantificar el valor de los bienes debido a que es el resultado de trabajo humano abstracto, es decir; (X mercancía = Y mercancía) es la forma relativa que adquiere la forma de valor de los objetos ya que nos permite reducirlos a una misma unidad, debido a que son objetos cualitativamente y cuantitativamente distintos, aquí radica su forma relativa por ser fruto de trabajo útil heterogéneo. Y al mismo tiempo es equivalencia por tener la posibilidad de poder cambiarse directamente por otra, como lo señala Marx *“forma relativa del valor y forma equivalencia son dos aspectos de la misma relación, aspectos inseparables y que se condicionan mutuamente, pero también y a la par dos extremos opuestos y antagónicos, los dos polos de la misma expresión de valor; estos dos términos se desdoblan constantemente entre las diversas mercancías relacionadas entre sí por la expresión de valor.”*<sup>6</sup>

## **1.2 La apreciación subjetivista del valor**

Dentro del pensamiento económico, la revolución neoclásica transita en el último tercio del siglo XIX, los exponentes más destacados dentro los estudios utilitaristas son; Jevons, Menger, y Walras, los cuales trabajan conceptualmente la idea de utilidad marginal para el desenvolvimiento del análisis económico a través de un pensamiento subjetivo para la interpretación económica dentro la apreciación del ente, *“Uno de los más importantes axiomas es que a la vez que aumenta la cantidad de cualquier bien que un hombre tiene que consumir, por ejemplo la simple comida, la utilidad o beneficio que se deriva de la última porción usada disminuye en grado”*.(Jevons, 1860). El utilitarismo, es una derivación subjetiva

---

<sup>6</sup>Ibid. Pág 31.

que tiene el individuo hacia el grado de satisfacción de los objetos. En consecuencia; este enfoque materializa el grado de satisfacción y dolor que conlleva a la maximización de los deseos de los individuos a través de la adquisición de bienes y servicios para el consumo. Ya lo argumentaba A. Smith “*El precio real de cualquier cosa, lo que realmente le cuesta al hombre que quiere adquirirla, son las penas y fatigas que su adquisición supone*”<sup>7</sup> Por lo tanto; la apreciación subjetiva del valor es el resultado de la apreciación del individuo como un ser racional, es decir no es más que el resultado de minimizar las penas y fatigas en la elaboración y consumo de los objetos.

Esta relación basada a priori del comportamiento humano a través de la maximización de la utilidad es por medio de la lógica en la toma de decisiones<sup>8</sup>. Estas situaciones son analizadas dentro rangos mecanicistas que pretenden calcular o tantear las satisfacciones en el terreno utilitarista de las mercancías.

No se puede negar por un lado evidentemente que las mercancías suplen parte de nuestras satisfacciones, pero la discusión se parte de la configuración misma del sistema; debido a que el ser humano está atrapado en la noción de deseo del consumo fortificada en lo que se suele dominar felicidad. “*Los utilitaristas redujeron al mundo de los valores humanos a ese esquema, eliminando como contrario a la razón, lo que realmente importa al hombre*”<sup>9</sup>. La discursiva ideológica

---

<sup>7</sup> SMITH, Adam. Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. (en línea) pág. 31.

Disponible en:

[http://books.google.com.co/books?id=sQ-](http://books.google.com.co/books?id=sQ-1h7QrFVMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

[1h7QrFVMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=sQ-1h7QrFVMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

<sup>8</sup> Es la coherencia economicista de las preferencias; los individuos deberán siempre preferir aquellas acciones o situaciones donde se reporte mayor beneficio.

<sup>9</sup> NAREDO, José Manuel. *La economía en evolución, Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico*. España. Editorial. Siglo veintiuno. 1996 Pág. 187-189.

del utilitarismo es la máxima expresión de lo que se suele creer de la “*felicidad*” debido a que se asocia a través del bienestar material<sup>10</sup>.

El desarrollo subjetivo y la apreciación utilitarista sobre la apreciación del valor de las mercancías, hacen que el estudio científico y técnico de la ciencia económica parta de las conductas individuales, en consecuencia la problemática del fenómeno no es más que la sumatoria social a partir del entrelazamiento de la lógica individual partiendo de los análisis Psico - económicos encaminados hacia la satisfacción o el placer, en otras palabras; la sociedad sigue unos parámetros individuales “*libres*” que persiguen sus propios fines y cuyas acciones son coordinadas y ajustadas mediante las señales del mercado. Por lo tanto; la visualización marginalista del estudio económico, son las relaciones en el estudio de las variables relativas que se entrelazan para la dinamización del sistema.

### **1.3 El enfoque neoclásico y la confirmación de la ciencia económica**

El hombre a través de la historia se ha sofocado a los límites de la dominación por la naturaleza y el universo. Esta premisa comprimó un carácter de curiosidad por el entorno, esta indagación difundió la infinita búsqueda de la verdad, la variabilidad del entorno-hombre cambia con el contexto del tiempo; ya que durante los inicios de la humanidad era una etapa de supervivencia referente al ente. Por decirlo de alguna manera, el hombre primitivo solo coexistía. Esta forma de coexistencia, solo le permitió al hombre acumular el conocimiento aplicado a través de las generaciones venideras en el cual traería el desarrollo de las civilizaciones en el tiempo.

A través del tiempo, la acumulación del conocimiento solo era a través de la memoria. Pero en la medida en que la complejidad de la información se

---

<sup>10</sup> Dentro del andamiaje económico se suele percibir que solo el aumento de la producción, es decir el PIB. Suele traer bienestar, debido a que la sociedad que posee objetos o mercancías que se acrecientan en el tiempo suele devenir un aumento de la riqueza. El tener más riqueza y bienes es un indicio de la “*felicidad del hombre*”.

acrecentaba, nuevos usos de almacenamiento emergían. Como el papel a través de la escritura y la documentación, para dar paso al desarrollo de la academia y la enseñanza, y a la dominación de la naturaleza.

La ciencia es la visión conceptual que hoy en día se aprecia, comúnmente se piensa que la ciencia es el descubrimiento de los fenómenos que golpean a la humanidad a través de sus manifestaciones<sup>11</sup>. En consecuencia, se circunscribe un método de análisis que permita la validez de los problemas planteados y que tenga la veracidad de la prueba, es decir que sea comprobable. En palabras de Edgar Morín *“es una de las ramas del pensamiento que solo difiere de las demás formas de pensamiento por su modo de aplicación en el campo empírico, y su manera hipotético-verificadora de desarrollarse. Por otra, es la fuente de la técnica mecánica, organizadora, racionalizadora moderna, y en cierto modo segrega la infratextura de la sociedad”*<sup>12</sup>. La búsqueda de la “verdad” conlleva al análisis de la configuración instrumentación-técnica de la medición. Tal precisión hizo del hombre una tuerca que hace su función al acoplamiento del sistema donde tal concepción es la delimitación técnica de las especializaciones, conllevando a la fragmentación del conocimiento.

La economía no obvia este transitar de la especialización técnica hacia la medición calculable para poder sustentar la exactitud de las mediciones económicas y poder hacer de ellas leyes que puedan explicar el fenómeno. Se criticaba a la economía política clásica debido a que no podía revelar el valor de todos los objetos a través de la apreciación valor de uso y cambio. Para ello, se fundamentó en la valoración subjetiva de las cosas a través del utilitarismo. El concepto de utilidad pone de manifiesta la racionalidad, debido a la penumbra de las penas y fatigas en la satisfacción de la adquisición de bienes materiales. Esto

---

<sup>11</sup> Me refiero a manifestaciones en la relación hombre-universo. Pues es allí, el hombre no hace que busque los orígenes de la existencia.

<sup>12</sup> **MORIN**, Edgar. *Ciencia Con Conciencia*. Barcelona: Editorial Anthropos. 1984. Pág16.

provocaría basarse en la lógica donde el placer es medible a través de la marginalización del consumo del objeto<sup>13</sup>.

La utilidad paso a ser el centro de la formulación teórica, científica, y técnica, donde devendría a soportarse la nueva roca de la economía, pero aunque pareciera haber un rompimiento con las doctrinas de la economía clásica fue tan solo un espejismo. Pues; la confusión radica en el carácter exacto de la metodología utilizada para explicar el comportamiento de los fenómenos económicos trazándolos en el lenguaje matemático que determinan la cuantificación de los problemas planteados en la economía<sup>14</sup>. En donde, señala Marshall *“Aunque algunas de las mejoras obras de esa generación parecen, a primera vista, presentar antagonismos con las de escritores anteriores, cuando se estudian detenidamente, se encuentra que no significan realmente una solución de continuidad en el desarrollo de la ciencia. Las doctrinas han venido a completar las antiguas, las han extendido, desarrollado y, a veces, corregido, y a menudo le han dado un diferente tono por medio de una nueva distribución e intensidad en algunas materias; pero rara vez las han destruido”*<sup>15</sup>.

El desarrollo de la física mecánica y las leyes de Newton, emprenden la realización metodológica de la ciencia moderna. En economía, los problemas metodológicos adolecen de la comprensión socio-económica y están inmersos en el tiempo y espacio. Es decir; los estudios económicos están delimitados por estas

---

<sup>13</sup> El ejemplo más ilustrativo de la manera en como el placer es cuantificable; es la paradoja de los diamantes y el agua. La apreciación es subjetiva debido a que el valor de un bien depende de las circunstancias y no de las propiedades intrínsecas del artículo. De tal manera, la situación del hombre perdido en el desierto con un saco de diamantes, cambiaría los diamantes por un vaso de agua debido a la satisfacción que la genera consumir el agua para poder suplir la necesidad de sed.

<sup>14</sup> El utilitarismo se fundamenta a partir de las preferencias en las decisiones de los agentes, el carácter lógico y coherente de este enfoque es la obtención del beneficio, cuantificándolo a través de la apreciación del principio del decrecimiento de la utilidad marginal y los rendimientos decrecientes. La metodología utilizada deviene del carácter mecanicista en el uso de las matemáticas como instrumento.

<sup>15</sup> **NAREDO**, José Manuel. *La economía en evolución, Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico*. España. Editorial. Siglo veintiuno. 1996 Pág. 185.

variables<sup>16</sup>. Por consiguiente la aplicación de los conceptos físicos hacia la economía pretende abarcar el conjunto de interrelaciones de la realidad económica<sup>17</sup>.

La metodología utilizada para el andamiaje económico configura una serie de axiomas que pretenden darle el carácter universal, para ello se debió configurar. En primer lugar, en examinar las categorías y principios elementales intuitivamente obvios, para que pudiera ser el soporte de las construcciones deductivas *a priori* y por último hacía falta que todas esas categorías y principios fueran expresadas en el lenguaje matemático para darle el carácter científico a través de la exactitud y la cuantificación.

Es en este campo epistemológico de la economía que tantas críticas conlleva su mecanización, basándose en supuestos metodológicos que por lo general no pueden explicar la realidad porque son de carácter estático. Y con ello despierta suspicacias y problemas en el método económico de análisis, porque se fundamenta en la toma de decisiones por medio de una coherencia económica, aunque aquello conduzca a que los individuos o agentes estén inmersos en estas decisiones a partir de la concepción costo-beneficio por medio de un análisis de preferencias o gustos, no siempre es un comportamiento estático sino que depende de la variabilidad de factores que aquejan el entorno. *“El hombre real no es un optante entre alternativas fijas, la infalibilidad de la transitividad es solo instantánea. Aún antes de que la decisión pueda ser ejecutada pueden interferir otros motivos que afecten la transitividad de la situación anterior y establezcan una nueva”*<sup>18</sup>. En lo que se refiere Mark Addleson, *“de construir una teoría de la*

---

<sup>16</sup> En economía el tiempo y el espacio están delimitados. Debido a que la contextualización de las complejidades económicas hacen referencia a un lugar determinado y que estos van a depender de la duración del problema. Por lo tanto se puede afirmar que; los actores percibirán los sucesos dependiendo de su ubicación en el territorio del fenómeno que se desarrolle (empleo, salud, violencia, política, etc) y el lapso de tiempo determinado.

<sup>17</sup> Los economistas han tomado de la física o de la biología los términos elasticidad, velocidad, equilibrio, etc.

<sup>18</sup> **CRESPO**, Ricardo. *La crisis del modelo neoclásico*. Económica. La Plata, Vol. XLIV 1998. Pág. 45.

*elección predeterminada que no puede existir. Hay que abandonar el determinismo de la economía<sup>19</sup>.*

#### **1.4 Mercantilización del objeto; la utilidad y sus consecuencias.**

La realización científica de la economía gira alrededor de la mercancía, pues en ella se deriva el conjunto axiomático de las relaciones sujeto-objeto. El cual; desprende las apreciaciones subjetivas en la toma de decisiones a partir de las nociones de riqueza.

La derivación de riqueza se fundamenta en las relaciones de dominio de la sociedad a través del derecho a la propiedad como ley jurídica. Esta noción tiene sus cimientos ideológicos del liberalismo económico, porque se plantea que el individuo busca su propio bienestar a través del *laissez faire, laissez passer*. Pues Adam Smith y la corriente de pensamiento liberal, cree que la no intervención estatal en la economía hace que el individuo alcance un equilibrio a través de *la mano invisible*<sup>20</sup>. Donde las tendencias liberales harían acoplar conceptualmente las concepciones de necesidades, sometiéndola a un determinismo metodológico en función de nuestros valores subjetivos. Ello fecundo el valor de la utilidad para especificar el valor de lo material; es decir las mercancías.

La utilidad conllevó a catalogar las mercancías de acuerdo a lo útil, las cosas útiles entabló una relación causal para la satisfacción de las necesidades humanas. La relación objeto-hombre a través de la necesidad es la base con que los objetos son apreciados para una función específica.

---

<sup>19</sup> **Ibíd.** Pág. 45.

<sup>20</sup> Al hablar de *mano invisible*. Es la conceptualización auto reguladora que tiene el mercado como función de alcanzar un bienestar general, debido a que los actos egoístas de las personas conllevan a la toma de decisiones para la asignación y eficiencia de los recursos en un marco de libre competencia. Porque hace una retribución de los recursos en el sentido de un orden liberal.

Por lo tanto; los bienes deben cumplir una función que se basa en la necesidad humana, y son los medios que sirven para la vida y el bienestar de los hombres. Carl Menger economista teórico de la escuela austriaca clasificó cuatro condiciones que determina lo que es un “bien”: “1) *Una necesidad humana, 2) que la cosa tenga tales cualidades que la capaciten para mantener una relación o conexión causal con la satisfacción de dicha necesidad, 3) conocimiento por parte del hombre, de esta relación causal, 4) poder de disposición de los hombres sobre la cosa, de tal modo que pueda ser utilizada de hecho para la satisfacción de la mencionada necesidad*<sup>21</sup>”.

Lo que denominamos como necesidad, se parte de los análisis psíquicos que hacemos de la valoración para consumir un determinado bien. Aquello es el resultado de nuestros deseos y como somos seres racionales, determinamos maximizar nuestras decisiones conforme a nuestras expectativas. El conjunto de relaciones de estos actos se estiman como causas y efectos para las decisiones del individuo. Menger designa esta situación “*el tránsito de nuestra persona de un estadio a otro diferente es inimaginable si no es en cuanto sometido a la ley de la causalidad. Si, pues, nuestra persona ha de pasar del estadio de insatisfacción al de la necesidad satisfecha, deben darse causas suficientes, es decir, o bien las fuerzas existentes en nuestro organismo deben eliminar nuestro estadio perturbado o bien deben actuar sobre nosotros cosas externas, adecuadas, por su propia naturaleza, a introducir aquel estadio que llamamos satisfacción de nuestras necesidades*<sup>22</sup>”.

Partimos que las necesidades son causales (causas) del entorno propio de la “necesidad” y el efecto es la satisfacción que nos brinda el objeto o el bien.

El trabajo, el esfuerzo, o las penas y fatigas es el costo de la adquisición del bien, lo útil es el principal atributo a destacar en los objetos configurando los nuevos

---

<sup>21</sup> **MENGER**, Carl. *Principios de economía política*. España. Editorial: Unión editorial. 1997. Pág. 31.

<sup>22</sup> **Ibíd.** Pág. 30.

usos de las mercancías. En consecuencia, la utilidad es el interconector entre el valor de las cosas y la necesidad, Todo ello, configuró el escenario mercantil de los objetos. Walras en la definición de riqueza social parte de la base del esfuerzo y escasez para configurar a lo que él denomina riqueza argumentando en tres fundamentos; “1) *Las cosas útiles limitadas en cantidad son apropiables.* 2) *Las cosas útiles y limitadas son valorables e intercambiables.* 3) *Las cosas útiles limitadas en cantidad son industrialmente productibles o multiplicables*<sup>23</sup>”.

El carácter material para alcanzar la felicidad era reforzada por la ciencia económica y sus fundamentos utilitaristas. El cual vendría la conceptualización de valor de las cosas, ello configura y se precisa hacia donde debe ir la economía, tratando de explicar por medio de leyes exactas el funcionamiento del mercado.

La idea y el concepto de la mercantilización de los objetos está acompañada de una fuerte ideología que solidifica o fortifica en el sistema capitalista; el hombre como *un ser egoísta busca el bienestar a través del lucro*, porque las personas adquieren el placer a través de los sacrificios por medio del trabajo. Por lo tanto; la felicidad es la búsqueda incesante del individuo, y ello implicó la acumulación de bienes materiales, aquellas cosas que proporcionan confort, y que son de propiedad privada. Por consiguiente, los individuos se estandarizan como agentes que buscan racionalizar sus decisiones de acuerdo a unos estímulos económicos, por medio del interés. El interés es la acción que mueva a las personas determinando las acciones, buscando la “*felicidad material*”. Gravitando en el *homo economicus*, esta criatura de la ideología dominante, tiene la facultad de calcular todo y solamente es el afán del lucro lo que lo alimenta, permitiendo que a través de sus destrezas e individualismo, motivado por los sentimientos egoístas determinan el bienestar de los individuos, fijando la riqueza, y en ultimas lo que se considera como la “*felicidad*”.

---

<sup>23</sup> **NAREDO**, José Manuel. *La economía en evolución, Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico*. España. Editorial. Siglo veintiuno. 1996 Pág. 206.

La felicidad brota en un sentido material fortalecido en la expansión de nuevas fronteras del bienestar a través del progreso en la calidad de vida. La humanidad y sus continuos desarrollos como sueños utópicos en una mejor vida para las personas idiotizan, pues el sistema económico acarrea entrar en el juego de crear las necesidades y deseos inducidos por el mercado conllevando a la existencia de la felicidad y el grado infinito de bienestar.

La continua creación de bienes materiales suelen denominar las nuevas brechas de bienestar y se catalogan como riqueza. La idealización del progreso esta en las manos del confort y el avance de la ciencia permite el salto de nuevos estadios de conocimiento aplicados a la vida del hombre.

La salud sin duda alguna absorbe estos conocimientos para su evolución y control de la población, los aparatos tecnológicos permiten visualizar el cuerpo humano y anticipar cualquier anomalía en el mismo, y las medicinas para el control y la curación de la salud, la técnica mediante su praxis conlleva a la mecanización y comprensión científica del ser humano.

### **1.5 Entre la verdad y otros demonios. Una reflexión de la medicina**

El hombre dentro de su concepción analítica configura su conocimiento hacia la explicación de las cosas, y el cuerpo humano no es su excepción. Los primeros indicios de la ciencia médica datan de las civilizaciones antiguas y dentro de sus métodos científicos-tecnicos están inmersos ciertos aires de misticismos e empirismos aplicados. Relaciones que abarcan un conjunto de explicaciones sobrenaturales, pues por tan solo citar un ejemplo en la antigua Grecia, Apolo se le rinde tributo por ser considerado como el Dios que origina la enseñanza del arte de curar y se dedican santuarios en Grecia.

Pero Hipócrates fue el primero en concederle un carácter científico a la medicina. Se sabe que nació en Cos, isla del mar Egeo hacia el año 460 antes de Cristo en una familia de médicos-magos, que según los relatos eran descendientes de Asclepio (Esculapio), Dios de la medicina. Falleció en Larisa, Tesalia, entre el 377 y el 370 AC. Lamentablemente, hay muy pocos detalles biográficos del pensamiento médico de la Antigüedad se sabe que desarrolló su infancia y adolescencia junto al santuario erigido a Asclepios en Epidauro, en la región del Peloponeso y que tuvo una vida insólitamente longeva.

Dentro de su obra se destacan escritos sobre medicina que tratan: Juramento ley; Sobre la ciencia médica, aforismos, el pronóstico; sobre la dieta de las enfermedades agudas, entre otros.

La medicina es una ciencia que se puede denominar como arte, pues la comprensión o el objeto de estudio es el cuerpo humano como tal y ello comprende una serie de conocimientos que están impregnados en la belleza del hombre y en la vida misma. El objetivo principal es la curación, ya que es la enfermedad y no la salud la que originariamente ha puesto en marcha la investigación del cuerpo humano y la que sigue espoleándola, precisamente como investigación de las causas de enfermedad con fines de superarla o de prevención.

La ciencia médica se fundamenta en las pruebas empíricas basada en evidencia, son decisiones apoyadas en el uso racional, explícito, consecuente, y actualizado de los mejores tratamientos aplicados al enfermo. Sin embargo, la practicidad no es la aplicación de la base teórica, porque generalmente el diagnóstico médico-paciente está determinado por una serie de variables que aquejan el entorno de la persona, son factores que son dependientes de rasgos característicos como los biológicos, psicológicos, y socioculturales. Por lo tanto, la capacidad de juicio está determinada por la experiencia que no se aprende con el saber general, sino que lo une la visión de lo único y de la totalidad que lo contiene y solo así permite la aplicación de lo abstracto a lo concreto. Claro está que siempre se pondrá por un

lado la intuición que es una posición originaria del individuo y en este caso el médico cabalga por la denotación de lo correcto y lo incorrecto, pues porque la capacidad sensible connota a juicios a priori basados en reacciones emotivas determinados por sensaciones, sucesos, y percepciones. La relación médico-paciente está determinada por el objetivo del cuerpo, pero se trata del sujeto, y ello implica que el tratamiento solo lo tenga en cuenta a él.

Pero el cuerpo humano es unitario, ya que consta de partes yuxtapuestas y conforman la unidad como un todo. Sin embargo, esta dependencia es fragmentaria en el sentido en cada órgano cumple una función. Por lo tanto, más o menos según el caso, es aislables del todo, enferman por separado y se les puede tratar separadamente, donde la cirugía enlaza y delimita los distintos órganos, esta división cosifica al hombre porque permite configurar sistemáticamente al cuerpo e incluso la enfermedad o el deterioro de salud es determinado en una área específica sometida a un tratamiento.

El nuevo desarrollo técnico y social ha originado que se extendían nuevas ramas de la medicina hacia los dominios del embellecimiento distorsionando un poco su razón de ser. La naturaleza del hombre se transfigura por la materialidad física y la vanidad, resultado del hoy, termina resurgiendo otras necesidades que están por fuera de la salud. Como también la muerte prematura para la extensión de la finitud humana<sup>24</sup>. Materializan y configuran la salud hacia los nuevos desarrollos y posibilidades del desarrollo técnico de la sociedad. Pero, en algunos casos no se fundamenta en la ética misma del ser de la medicina, debido al continuo progreso a escala planetaria que configuran nuevas necesidades consideradas en un población cada vez más creciente, tan solo para poner un ejemplo. En los países densamente poblados las necesidades son del control de la natalidad que

---

<sup>24</sup> La extensión de la muerte prematura es el caso en donde se evidencia muerte cerebral y el individuo queda conectado a unos aparatos eléctricos que lo mantienen con "vida" debido a que el corazón aun sigue latiendo, de esta manera la dificultad radica en determinar cuál es el órgano vital en el que reside la vida, conllevando a las valoraciones de la responsabilidad del médico.

traspasa la ética médica y se convierte en un problema de responsabilidad. O los nuevos avances de la ingeniería genética y sus continuos adelantos en el descubrimiento de la clonación han denotado nuevos caminos donde se podrá transfigurar las características fisiológicas de las personas, reproducción de tejidos, etc.

Estos nuevos alcances conllevaran a nuevas preguntas del uso y nuevas razones del ser de esta ciencia. Los nuevos contrastes de los desarrollos tecnológicos son gigantescos, pero sus implicaciones pueden ser devastadoras o catastróficas, porque a partir de la aplicabilidad de este conocimiento desequilibra todo orden natural de la vida, como por ejemplo la extensión de la muerte desnivela los límites de la vida, el anhelado sueño de la fuente de la juventud pareciera no estar lejos de utopía, pero primero habría que explorar la concepción de la muerte y su sentido, debido a que dilatar el cambio generacional es tardar su sustitución, es decir reducir el acceso a la nueva vida. El resultado sería la reducción de la población joven por cada vez una mayor, inquietudes que podrían partir de las siguientes preguntas: ¿El balance positivo y negativo de la humanidad a causa misma del alargamiento natural de la muerte? ¿Hasta qué punto sería justo e injusto cerrar el paso a la juventud en una población cada vez mayor, ocupándole su sitio?

La muerte está ligada al nacimiento, debido a que la natalidad no es más que el balance de la vida, por consiguiente estos nuevos aspectos están por fuera de un mundo donde al parecer no existe límites en cuanto a la invención de la ciencia y la técnica, al querer sobrepasar las delimitaciones no confieren darle importancia a las causas o efectos que podrían sobrevenir por querer escalar los nuevos umbrales del conocimiento.

El carácter científico filantrópico en búsqueda de la verdad termina descarrilándose como consecuencia de su utilización, si dado el caso la mala utilización del conocimiento termina en equivocaciones que conllevan a la

degeneración de la sociedad, sería correcto un alto en la dirección de la investigación.

Pues su objetivo se entorpeció por las consecuencias al introducir este conocimiento, para la medicina y la ciencia en general; en nombre del beneficio del hombre siempre a de modificar la naturaleza. Como consecuencia se ha denominado “progreso” pero ¿Hasta qué punto debemos modificar la naturaleza, incluso donde podemos hacerlo y que ello conduzca a ser aceptado como el más adecuado para nosotros?

## 2 Todo queda hacia el mercado: conceptualización y confrontaciones del modelo de salud.

*“Todo lo que tiene un valor, tiene un precio.”  
(Jacinto Benavente).*

La economía en su accionar genera conflictos que giran alrededor de la interacción social que crea por la dinamización económica, la pobreza y marginalización han de coexistir con el sistema y la exclusión social queda al orden normativo de las políticas económicas implementadas por los gobiernos nacionales.

La disposición de los asuntos públicos están determinados por el individualismo; la carrera del más apto conllevan al desequilibrio social, pues todo queda en el carácter ideológico que le confiere el mercado y el desarrollo desde la visión del individuo. Las tesis políticas liberales basadas en las acciones individuales al perseguir el propio interés personal tienden a promover el interés general. El libre albedrio, laissez faire, etc. Engrosa el dios mercado a través de las conceptualizaciones de bienestar por medio de la materialización de la sociedad. Las razones y explicaciones según la ciencia económica están al margen del individuo, debido a que las personas están en la búsqueda de maximizar sus preferencias a través de las valoraciones subjetivas para la toma de decisiones. Este marco metodológico origina las normas o reglas de la sociedad para basarse de la siguiente forma; 1) las personas actúan por interés propio, y 2) las acciones colectivas deben explicarse por las motivaciones personales que forman parte de la sociedad<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> El individualismo es un pensamiento que hace del hombre su centro, el cual se desprenden todos los análisis racionales que promueven el interés personal. Este razonamiento tiene diversas corrientes que suelen estar ligadas en el campo político, ético, económico, y metodológico. Que buscan el ordenamiento ideológico de la sociedad y el control.

La teoría económica se fundamenta en la conceptualización individual, en ese sentido A Smith argumenta el bien público reposa sobre “*el esfuerzo natural de cada individuo para mejorar su propia condición*”<sup>26</sup>.” Por lo tanto, el egoísmo es el valor fundamental apalanca el desarrollo materialista y el bienestar social.

Tanto es así, que el progreso estuvo demarcado por las iniciativas individuales en el transcurso del esplendor de la revolución industrial. Los economistas resaltaron la no intervención gubernamental ya que disponían del efecto que había hecho de Inglaterra 1750-1850 un país próspero a partir del desarrollo capitalista.

Esta ideología de pensamiento dominante tenía adeptos que configuraban el desarrollo del sistema, el marqués de Argenson hacia 1751 hombre apasionado e interesado por el desenvolvimiento económico argumentaba que el estado debería intervenir menos y que los países deberían estar más inmiscuidos en el comercio internacional, para gobernar mejor se debe gobernar menos. Argumentando que la verdadera causa del decaimiento de las manufacturas es por la intervención que se les ha prestado, “*dejad hacer, tal debiera ser la divisa de todo poder público, desde que el mundo está civilizado.*”<sup>27</sup>”

El planteamiento del estado y el orden de la economía están justificados bajo el cartel del libre mercado, debido al sobresaliente desarrollo capitalista durante la revolución industrial, pensamiento que se profundizo en el accionar y configuración estatal a través de las reglamentaciones jurídicas como el derecho a la propiedad privada.

La mirada de la acción del estado debe ejecutarse a través del desarrollo de las acciones individuales, pero los efectos del *laissez-faire* recaen sobre la complejidad social. Las controversias teóricas en cuanto a las relaciones económicas-sociales conllevan al desbordamiento social, es decir la concentración de riqueza y las desigualdades desequilibran la teoría. Cairnes economista ortodoxo argumenta “*la máxima de laissez-faire, no tiene base científica alguna, y*

---

<sup>26</sup> *El fin de “laissez-faire”* Por **John M. Keynes**. (Ensayo). Conferencia Sidney Ball. Universidad de Oxford Noviembre de 1924 Pág. 2.

<sup>27</sup> **Ibíd.** Pág. 3.

*a lo sumo es una simple y hábil regla practica*<sup>28</sup>. Debido a que la libertad individual, configuraba la búsqueda de los individuos por sus propios intereses, estableciendo las normas para configurar el marco jurídico para legitimidad y coaccionar el sometimiento de la sociedad.

El razonamiento humano en la búsqueda del bienestar, no es más que la obtención del dinero a través del libre desarrollo empresarial. Fundamentación basada en razonamientos cuantitativos como: la libre competencia que provoca una fuerte lucha por el más apto, donde la estimulación hace parte de la sobrevivencia y la mejora de los bienes materiales distribuyendo los recursos según el individualismo de cada individuo. El estado debe procurar llevar a la sociedad a un equilibrio perfecto, partiendo como base de la libertad individual de cada persona, la relación libertad-individuo y distribución se comprende desde la eficiencia en la asignación del sistema, pues se conceptúa que la selección natural lleva al progreso. Partiendo de las condiciones de *laissez-faire* aumenta el beneficio del individuo, que por habilidad o fortuna, se halla disponible con los recursos productivos en el lugar correcto y en el tiempo adecuado. La filosofía política y las reglas morales del siglo XVIII y principio del XIX, determinan la dirección de los asuntos públicos basándose en los razonamientos del individualismo y del *laissez-faire*.

El *laissez-faire* es un concepto ideológico configurado bajo el orden del sistema político y económico actual, su fundamentación filosófica en la “libertad natural” de los individuos queda en profundos cuestionamientos, pues no es cierto que el interés individual conlleva al interés general de la sociedad debido a que las relaciones económicas-sociales están determinadas por la confluencia de las dinámicas sociales de dominio. El lineamiento es la conquista del interés individual, por ello la dificultad radica en la determinación de lo que el estado debe asumir y de lo que debe dejar, con tan poca interferencia como sea posible, el esfuerzo individual.

---

<sup>28</sup> **Ibíd.** Pág. 4.

En este capítulo se abordara la implementación de la ley 100 para el estado colombiano, sus razones se discutirán y debatirán en el transcurso del desarrollo. El cual, servirá como base para reflejar los efectos neo-liberales del sector salud para Santander.

## **2.1 Lineamientos del estado vs el mercado**

El estado y su confrontación con las dinámicas económicas en constante desenvolvimiento configuran las políticas gubernamentales que los gobiernos han de transitar. Durante la gran depresión de 1929, el modelo económico estaba siendo cuestionado en un contexto global, resurgiendo métodos y teorías socialistas que direccionaban el cambio del sistema.

El rumbo económico parte de la no intervención gubernamental, basado en un individualismo a partir de la concepción de la libertad individual que está determinada por el interés egoísta para beneficio propio que promoverían el bienestar colectivo. Idealizaciones que están estructuradas y solidificadas en la situación de equilibrio general, y los continuos delineamientos en política económica hacia la flexibilización del mercado laboral y la tendencia a la baja de los salarios. Aquel punto álgido de la teoría económica, es la crítica que hace Keynes en su libro de teoría general de la ocupación el interés y el dinero.

Keynes se basa en el desequilibrio de la ocupación debido a la crisis del 29, las altas tasas de desempleo provocarían un decaimiento en el consumo, conllevando a profundizar a un mas la desocupación. La teoría neoclásica se basa en la plena utilización de factores de producción, derivado de la ley de Say. El cual, en la realidad no era capaz de explicar la crisis y su posible solución, la complejidad de los problemas económicos reimpulso la concepción del manejo estatal en la economía.

El nuevo papel que se le da al estado es justificado por los análisis de la demanda agregada<sup>29</sup>. El cual es el punto de análisis para Keynes, partiendo de la no existencia de equilibrio. La fundamentación teórica se deriva de la determinación de la demanda sobre la oferta, ya que los empresarios toman sus acciones a partir de las expectativas de los consumidores. Por lo tanto, el reproche a la teoría liberal clásica era que la oferta es la que determina la demanda de bienes y servicios, es decir a más producción, mas intercambio y en largo plazo todo lo que se produce es lo mismo que se compra, logrando un equilibrio con los factores de producción incluyendo el pleno empleo, lo cual no ocurre evidenciando y desarticulando la ley de Say. En consecuencia: la utilización de todos los factores de producción están siendo subutilizados, debido a que las teorías del empleo, y del ahorro no pudieron advertir la gran depresión. Por lo tanto, en el pensamiento clásico. El desempleo o paro se trataba de friccional y voluntario, mientras que para Keynes el paro también era involuntario porque los trabajadores no encontraban empleo.

En referencia a la tasa de ahorro, la teoría clásica suponía que todo ahorro era inversión. En términos prácticos lo que determina el nivel de inversión es la diferencia entre la tasa de ganancia y de interés, pues a mayor utilidad más inversión. El ahorro en la economía está determinado por las tasas de interés, debido a que es la recompensa por privarse de la liquidez, de acuerdo con ello el interés fluctúa, los clásicos argumentaban, en un estado económico de estancamiento lo recomendable era bajar la tasa de interés, pero esto puede que no influya en un cambio en el nivel de producción y en el empleo. Debido a que en la realidad hay una cantidad de dinero que no se usa para ahorrar, ni para comprar. En ese sentido se mantiene en el “bolsillo” como reserva liquida. Esta distinción provoca efectos económicos. En síntesis lo que demuestra Keynes, que en ciertas ocasiones, y contrario a lo clásico es racional no gastar dinero.

---

<sup>29</sup> La demanda agregada es una variable macroeconómica que permite cuantificar la producción total de la economía en un país. En los análisis keynesianos, esta variable está en función del consumo, inversión, gasto público, y sector externo.

En consecuencia dentro de sus recomendaciones argumenta. *“El estado tendrá que ejercer una influencia orientadora sobre la propensión a consumir, a través de su sistema de impuestos, fijando la tasa de interés y, quizá, por otros medios<sup>30</sup>”*. Pero, la influencia sobre la tasa de interés no será suficiente debido a que vuelve a argumentar lo siguiente: *“Creo, por tanto, que una socialización bastante completa de las inversiones será el único medio de aproximarse a la ocupación plena; aunque esto no necesita excluir forma, transacción o medio por los cuales la autoridad pública coopere con la iniciativa privada. Pero fuera de esto, no se aboga francamente por un sistema de socialismo de estado que abarque la mayor parte de la vida económica de la comunidad. No es la propiedad de los medios de producción la que le conviene al estado asumir. Si este es capaz de determinar el monto global de los recursos destinados a aumentar esos medios y la tasa básica de remuneración de quienes los poseen, habrá realizado todo lo que le corresponde<sup>31</sup>”*.

## 2.2 Génesis de la seguridad social en Colombia

El modelo antiguo de salud en Colombia antes de la ley 100 de 1.993 se destacaba por ser centralista o de carácter estatal. La constitución de 1.886 por medio de la ley 30, crea la junta central de higiene, ente responsable de los problemas de salud para ese entonces.

La junta central de higiene se ocupó de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental y del control de los puertos. La organización de la salud pública nacional estaba debilitada por un estado precario de instrumentos financieros y de manejo institucional, más la realidad de un país dividido económicamente y geográficamente.

---

<sup>30</sup> **Keynes**, John Maynard. *Sobre notas finales sobre la filosofía social a que podría conducir la teoría general*. En: **“Teoría general de la ocupación el interés y el dinero”**. México. Fondo de Cultura Económica. 1965 Pág. 332.

<sup>31</sup> **Ibíd.** Pág. 333.

Para el periodo de (1904-1910) y durante el tiempo presidencial del general Rafael Reyes, el país estaba embarcándose dentro el desarrollo capitalista, el café es el principal producto de exportación. Durante la década de los veinte, se construyen las vías de comunicación (carreteras, ferrocarriles) que unen las diferentes regiones de la nación, dentro de la perspectiva de un mercado interno que empieza a nacer. Los cambios ocurridos durante este periodo de transformaciones modernas, dictaminan al estado a configurarse dentro de las políticas sociales como responsabilidad estatal. En este orden de ideas se crea la ley 33 de 1913 para el cual se designa un Consejo Superior de Sanidad, el cual establece tres niveles de organización de la salud: las juntas departamentales de higienes, las juntas de salubridad, y las comisiones sanitarias. Para 1925 se crea el ministerio de instrucción y salubridad pública, con el fin de que la higiene se mire desde una concepción educativa.

Durante la década de 1930, el gobierno era de corte liberal bajo el primer mandato de Enrique Olaya Herrera, y después Alfonso López Pumarejo. Para este periodo hubo muchos cambios en el manejo estatal, la “*Revolución en marcha*” promovió una transformación impulsada por la juventud del partido, y sus planteamientos partían en configurar nuevos asuntos políticos del estado y no solo limitarse a la protección de la propiedad privada, el direccionamiento de las políticas emprendidas son de índole social, el papel o la iniciativa del sector privado debería estar delineadas bajo el beneficio colectivo<sup>32</sup>.

El estado tiene como premisa que, “*La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirlos de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar*”<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> La configuración estatal está determinada en el acto legislativo reformativo de la constitución nacional, de agosto de 1936. Conformando políticamente el estado-nación.

<sup>33</sup> Acto legislativo 1 de 1936. Artículo 16. (en línea):  
[http://banrepultural.org/sites/default/files/ACTO\\_LEGISLATIVO\\_1\\_DE\\_1936.pdf](http://banrepultural.org/sites/default/files/ACTO_LEGISLATIVO_1_DE_1936.pdf)

Antes de comenzar el primer mandato de López Pumarejo, había asistido a la academia nacional de medicina con el fin de poder mejorar y estructurar el sistema de salud. Con ese fin la academia crea 11 independencias para poder comprender los siguientes problemas: 1) Lepra, 2) tuberculosis, 3) protección infantil y de maternidad, 4) enfermedades venéreas, 5) enfermedades tropicales e higiene rural, 6) epidemiología y profilaxis 7) asistencia social y organización hospitalaria, 8) cáncer, 9) alcoholismo y toxicomanías, 10) enseñanza de la higiene y bromatología, y 11) estudio de conjunto.

Estos nuevos alcances pretendían abarcar y extender los derechos ciudadanos, debido a los alcances de estado nación. En el país, aun no se conformaba el ministerio de salud, a pesar de las recomendaciones de la academia en el establecimiento de un departamento autónomo, que tenga su propio presupuesto y que pueda disponer de los recursos para el manejo de las principales enfermedades y de protección a la infancia.

En el transcurso de la década del 40, la ley 90 de 1946. Se crea el Instituto Colombiano de seguros Sociales (ICSS), adscrito al Ministerio de Trabajo, higiene, y previsión social, el cual tiene como objetivo los siguientes fines: Enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez y vejez, accidente de trabajo y enfermedades profesionales y muerte. La financiación estaba a cargo por el “sistema de triple contribución forzosa<sup>34</sup>”. La creación del ICSS paralelamente se lleva a la concertación para el origen del Ministerio para la Salud. En ese entonces el ministro de trabajo y médico, Jorge Bejarano presenta ante el congreso de la República en 1945 se aprueba y nace el Ministerio de Higiene. En 1946 ley 27 del 2 de diciembre en el gobierno conservador de Mariano Ospina Perez.

El ICSS se caracterizaba por ser un sistema centralista y de altos manejos burocráticos o favores políticos. El medio de financiación provenía del estado,

---

<sup>34</sup> Es un aporte, el cual establece los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos del (ICSS), estos recursos son obtenidos a través de los asegurados, patrones, y el estado.

empleados, y patronos. No existía régimen solidario, así que el individuo que no disponía de un seguro no tenía acceso a la salud.

A partir de 1975 se estaba configurando el direccionamiento político de la descentralización debido a lo ineficiente e inequitativo que era el sistema, por medio de los decretos ley 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1977, en donde el ICSS pasaría a llamarse Institutos de Seguros Sociales (ISS). Dentro de su estructuración se pretendía: descentralización administrativa, reorganización interna a nivel nacional, regional, y local, nueva planta de personal, nuevo régimen laboral que adoptaría la carrera administrativa de funcionario de la seguridad social, modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas, y reorganización financiera.

Durante la década del los 70 se empezó reconfigurar el carácter centralista, donde el aspecto político empieza hacer más democrático porque para este decenio se incluyó las elecciones de los alcaldes, situación que agilizará un poco más la descentralización. Proceso que durará hasta la década de los noventa con la ley 100 de 1993, pero durante la reestructuración el Sistema Nacional de Salud operaba de la siguiente manera:

*i) el subsistema de Seguridad Social de los trabajadores del sector formal de la economía, referentes a los sectores público y privado, atendidos por el Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas; ii) el subsistema público de atención dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de Hospitales Públicos; y por último iii) el subsector privado orientado a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de Prestadores y Aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Pre-pagada y los Seguros de Indemnización en Salud<sup>35</sup>.*

---

<sup>35</sup> **MORALES SÁNCHEZ**, Luis Gonzalo. “EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA”. (Recurso electrónico) CEPAL. Pág. 12. (PDF) Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>

Estos engranajes del sistema de salud trabajaban por separado, conllevando a la desarticulación y al resultado de bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos.

La financiación se distribuida de la siguiente manera; la cotización para los trabajadores era del 7% de sus ingresos laborales, el cual tenía la cobertura para su cónyuge e hijos menores de un año, de una manera parcial. En algunas regiones del país se tenía que cotizar en 12% porque eran muy pocos los que cotizaban, de tal manera recibían un mayor beneficio porque se extendió la cobertura total a la familia del trabajador. Para las cajas de previsión, la cotización estaba en un 5% de sus ingresos laborales, el resto del monto total para financiar el ISS lo acogía el estado<sup>36</sup>. Su finalidad era cubrir las necesidades de salud y pensión de los trabajadores. El direccionamiento del sistema era de carácter centralista, ya que la mayoría de las decisiones eran tomadas por el Ministerio de Salud, mientras que a nivel regional se sometían a las medidas que se tomaran desde el Ministerio. A nivel municipal, solo se encargaba de la prestación de servicios donde la cabeza visible política era el alcalde, quien era elegido por el gobernador. Lo cual, tenía poca injerencia en el manejo de la salud para los municipios debido a que los alcaldes correspondían al manejo burocrático conduciendo a la indiferencia sobre estos asuntos.

La fuente básica de los recursos para su ejecución provenía del estado y la manera en cómo se distribuía, se basaban en criterios de riqueza y poblacionales. Las asimetrías acentuadas por el desarrollo económico del país, provocarían grandes desigualdades en el manejo de la salud<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> **Ibíd.** Pág. 12.

<sup>37</sup> **Ibíd.** Pág. 14

La cuenta de financiación era ejecutada por el gobierno por medio del situado fiscal<sup>38</sup>, y hace parte del presupuesto nacional y era entregado directamente a los gobernadores quien a su cargo los distribuía a sus municipalidades.

La segunda fuente de recursos en orden de importancia provenía de las rentas cedidas, que son los impuestos de carácter nacional, pero su manejo es independiente regional y corresponden a la recolección que se hace en los juegos de azar y licor. Cabe destacar que dentro del presupuesto municipal se asigna un rubro hacia la salud, dinero que permitía la operatividad de los hospitales de la localidad. Otra fuente de financiamiento eran los impuestos que se cobraban por los trámites notariales y las denominadas cuotas de recuperación que correspondían una especie de copagos.

El carácter centralista y la poca cobertura que brindaba el sistema de salud Colombiano hicieron posible su reestructuración. Muchas críticas se levantaron del antiguo régimen de salud, debido a los problemas de corrupción, politiquería, ineficiencia, inequitativo, etc. Donde, tan solo el 22% del total de la población del país estaba afiliada al ISS y las cajas de compensación. La gran influencia del proyecto político neoliberal delineaba los nuevos caminos del mercado hacia aquellos gastos sociales solventados y manejados por el estado, partiendo de la concepción de la iniciativa privada como propulsor y administrador de los gastos sociales, partirán a la merced del mercado. Pues la ley 100 de 1993 mercantiliza la salud en nombre de la descentralización fiscal y la iniciativa privada como se visualizara en el siguiente tema abordado.

---

<sup>38</sup> Es la distribución de los recursos y la ejecución, el cual se disponen para: Educación, salud, según las metas de coberturas. Para ello, se conforman unas acciones que están determinadas por lo regional, y municipal.

### **2.3 La salud; ¿Derecho o Servicio?**

El transcurso del nacimiento de la ley 100 devenía por la concepción y el modelo político instaurado por toda América Latina. El estado pasaría a dejar de ser un activo interventor en el manejo económico del país. El modelo económico reestructuraba las bases de la sociedad volcándola hacia un proceso de liberalización, donde las reformas estaban enmarcadas en las políticas comerciales, industriales, financieras, etc. En los aspectos sociales la flexibilización laboral, la educación, y la salud marcarían un nuevo proceso que estará determinado por la reasignación que confiere el mercado, el cual tiene un carácter distorsionador en la desigualdad social. Por lo tanto, el manejo del estado está estipulado mediante políticas redistributivas en el cobro de impuestos para el financiamiento del gasto social, como contrapartida de la justicia social y la ayuda hacia los más necesitados.

El triunfante dogmatismo y las praxis emprendidas por la ejecución o la acción del gobierno, están denominadas por el campo de acción e implementación que tiene el mercado para la sociedad. En ese sentido el principal sentido ideológico pasa por una intervención mínima, de allí se denomina toda la base de ejecución estatal comprendida: la desregulación, subsidios a la demanda, privatización a las empresas públicas, impuestos neutrales, descentralización fiscal y disciplina fiscal. Para ello, la desregulación de la economía implica el desmonte de los controles y reglas administrativas, que para este caso son aquellos controles a las importaciones, prestaciones laborales y sociales, tasa de cambio, autorizaciones, entre otros.

La función estatal está determinada por el control mínimo, entonces la intervención se hace en aquellos bienes y servicios que se denotan de carácter público. En ese sentido, la racionalidad del mercado debe ser la característica para la intromisión del estado; los servicios y bienes deben ser vendidos en el mercado. Para que permita el funcionamiento adecuado del sistema de precios en el proceso de

asignación. Provocando el auto-sostenimiento y permitiendo eliminar los subsidios a la oferta y al establecimiento de los subsidios a la demanda. La eliminación de los subsidios a la oferta implica restringir el financiamiento estatal a las entidades públicas. Lo que se busca con la introducción de los subsidios a la demanda, es que a través de la inyección de recursos estatales vayan directo a la población necesitada, para que mediante este subsidio puedan pagar la atención del servicio. La praxis en la distribución de los recursos, conlleva a que los usuarios o demandantes tengan la capacidad de disponer de los recursos de manera individual, buscando la manera más conveniente para proveerse de los servicios. Con ello, se permite la creación de mercados en la búsqueda de la eficiencia para la distribución de los recursos, bajo esta dinámica se mercantiliza la provisión de los bienes públicos. Además, la política de focalización de los recursos públicos va directamente a los pobres a través de los subsidios a la demanda. Sin tener que incurrir en altos costos fiscales que genera los subsidios a la oferta, mediante los programas universales.

Otro incentivo para la no intervención gubernamental, es que la provisión de bienes y servicios estatales pueden ser asumidos por el sector privado. Debido a que el control o función del estado deben estar concentrados hacia la provisión de defensa nacional, seguridad, justicia, etc. Para no entorpecer el carácter que le confiere el mercado hacia la distribución y generación de ingresos, por este motivo se impulsa las políticas de privatización.

Resumiendo, las reformas neoliberales están orientadas hacia una mayor preponderación hacia el mercado en la asignación de los recursos sociales, y por lo tanto al desmonte estatal. La nueva estructura surgió debido a los inconvenientes que se generan en una centralización político-económica, en ese sentido el *“Laissez faire”* domina todo el carácter económico y con ello lo que las tendencias liberales justifican en la realización individual. Este discurso ideológico está impregnado en las acciones mínimas que le confieren al estado profundizado a un mas por la mala gestión administrativa y el mal uso del dinero público. En ese

sentido, los problemas estructurales gubernamentales parten de la visualización empresarial que suelen denotar a los temas de financiación, por ello constantemente se habla de eficiencia y asignación. Catalogando al estado como un mal empresario. La actividad empresarial implica operar en el mercado, según los dogmas neoliberales los empresarios privados perciben con mayor claridad si el rendimiento es adecuado y por la tanto un mal rendimiento deben asumirlo con su patrimonio. En consecuencia deben estar más atentos a las señales del mercado, mientras que las empresas públicas, los resultados negativos se suelen solventar con el presupuesto gubernamental. De tal manera, que las decisiones no presionan por la necesidad de una gestión eficiente de los recursos.

La reforma de la salud proviene de las complejidades que acarrea la administración pública, en ese sentido la reforma pretende universalizar la cobertura y el acceso a través de un sistema de mercado, donde actúan empresas privadas que prestaran el servicio de salud, reestructurando el antiguo sistema centralista y estatal que había antes.

Las bajas tasas de cobertura conllevarían a que los más pobres estuvieran excluidos dentro del sistema y en el antiguo régimen no había fondo de solidaridad. En ese sentido, la reforma debe asegurar la salud hacia un derecho universal como lo estipula la constitución<sup>39</sup>, el diseño del nuevo sistema participaran entes particulares, publico, o mixtos. La estructura del sistema está determinada de la siguiente manera; El sistema tiene dos regímenes que son la base de las personas afiliadas, el régimen contributivo y régimen subsidiado. En cuanto al primero, representa todas las personas que cuentan con un trabajo y están por dentro de la formalidad económica, la base de cotización suele estar determinada por el 12,5% sobre sus ingresos laborales, bien sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes o totalmente cuando se trata de

---

<sup>39</sup> **Constitución Política de Colombia..** (Recurso electrónico). Artículo 48. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>.

un trabajador independiente. El aseguramiento permite tener una extensión hacia el núcleo familiar gozando de los beneficios del acceso a la salud. Las instituciones encargadas del aseguramiento de la salud se llaman EPS<sup>40</sup> (Entidad prestadora de salud), que puede ser de carácter estatal, privadas, o mixtas.

La recaudación del flujo de las cotizaciones de las EPS, se distribuyen de la siguiente manera; i) un punto porcentual para la ayuda del régimen subsidiado, ii) el valor de la UPC (Unidad de pago por capitación) del trabajador y su familia, iii) un porcentaje del pago para las incapacidades de sus afiliados.

En el régimen subsidiado está conformado por aquellas personas consideradas en la pobreza y que están identificadas en un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), la estructura operativa son las llamadas Administradoras del régimen subsidiado (ARS) entidades encargadas de organizar y garantizar los servicios médicos a estas poblaciones. Las entidades pueden ser de tres tipos; i) las mismas EPS del régimen contributivo, ii) las cajas de compensación familiar, iii) empresas solidarias de salud, que es una modalidad especial de las EPS de organizaciones comunitarias. Estas entidades reciben el apoyo estatal, por medio de la unidad de pago por capitación subsidiada (UPCs), recursos que son destinados al cubrimiento del Plan obligatorio subsidiado (POSs), en el cual. Cuando inicio la reforma en 1993 era de un 50% de los servicios del Plan obligatorio Contributivo (POSc), y con el transcurso del tiempo se equiparan<sup>41</sup>.

Los servicios que son cubiertos en el POSs deberán ser garantizados por los hospitales públicos, recibiendo un subsidio directo a la oferta.

El acceso a los beneficios del régimen subsidiado está focalizado por medio de un programa de identificación de beneficiarios (SISBEN), llegando a cubrir a los

---

<sup>40</sup> La apertura de la salud recrea un cuadro que suele estar dominado por las estructuras del mercado y que pretende operar dentro de la lógica de la competencia, para el mejoramiento en la prestación del servicio

<sup>41</sup> **Comisión de Regulación en Salud – (CRES)**, (en línea). acuerdo 032 de 2012, se unifican los POS contributivo y subsidiado a nivel nacional. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47532>

estratos 1,2, y 3. Otorgándoles un carnet que lo identificara con el programa, para poder acceder a una ARS y poder recibir los beneficios del POSs. La financiación de este programa está compuesta por diversos recursos provenientes del estado; como la participación directa de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, el situado fiscal, las rentas cedidas, los recursos provenientes de los fondos de solidaridad, los recursos presupuestales de los municipios y de los departamentos, una porción de los recursos provenientes de las nuevas explotaciones petroleras, el dinero que giran las cajas de compensación familiar, recursos del IVA, impuestos provenientes a las armas, y los recursos provenientes en la aplicación de los copagos y cuotas moderadoras cuando los usuarios utilizan el servicio<sup>42</sup>. Estos flujos de recursos son manejados a través de un fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), el cual tiene como fin asignar los recursos necesarios para la obtención de los servicios por parte del estado y los entes gubernamentales y territoriales a través del sistema general de participaciones (SGP).

En cuanto a los riesgos profesionales, se organiza creando unas estructuras en la prestación del servicio en salud, llamadas ARP. Eliminando el monopolio que tenía el instituto de los seguros sociales.

La reestructuración en su accionar político pretende garantizar la universalización del derecho a la salud para cada colombiano, en ese sentido configuro una estructura basada en dos regímenes que puedan brindar el servicio a cualquier persona del país. Estableciendo una estructura que deba garantizar el derecho a la salud. La conformación y ejecución del sistema está organizado o delineado en los parámetros del mercado debido a la participación del sector privado actuando bajo la lógica de la rentabilidad, y la débil “mediación” del gobierno configura un

---

<sup>42</sup> **MORALES SÁNCHEZ**, Luis Gonzalo. “**EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA**”. (Recurso electrónico) CEPAL. Pág. 22. (PDF) Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>

clima de inestabilidad político, económico, social. Denominado el negocio de la salud.

## **2.4 Análisis económico del sector salud**

El desarrollo del sector de la salud en el país, está configurado en una complejidad de redes para la cuales se distribuye el gasto del mismo. Han sido varios los esfuerzos por clasificar los gastos y los ingresos para lo operación del sistema. Para 1986 el gasto en salud se acercaba al 4,9% del PIB, la cuantificación de dicho gasto no incluía el gasto privado y de bolsillo. Para este mismo año, el antiguo sistema de salud (ISS) de carácter estatal y centralizado procedían la mayoría de los recursos del sistema, en consecuencia las principales cotizaciones de los trabajadores se distribuía en el ISS, Cajanal, las cajas departamentales y municipales, y las empresas públicas municipales. Estas instituciones tenían el carácter descentralizado del gobierno y representaba el 63% del total de los recursos del sector con un flujo de \$ 195,4 mil millones de pesos en 1986. Mientras que el carácter oficial disponía del 35% del total de los recursos del sector con un monto de \$ 119 mil millones de pesos. Concretamente el financiamiento se hacía con los recursos del presupuesto nacional, aportes parafiscales y rentas cedidas. Los recursos privadas ascendían un poco más del 2%<sup>43</sup>.

La provisión de los recursos de carácter estatal, eran subdivididos por la descentralización gubernamental (cajas departamentales y municipales, empresas públicas municipales, y entre otras instituciones de índole departamental y/o municipal), solo cobijaban a las personas que estuvieran dentro de la economía

---

<sup>43</sup> **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. *FEDESARROLLO*. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. Pág. 19. (PDF). Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/>

formal, mientras que el presupuesto nacional tenía que albergar, mediante subsidios a la oferta la mayoría de la población colombiana.

Actualmente, existen algunos estudios que estiman la cantidad de dinero destinado a la salud. En ese sentido, el trabajo de Barón quien analiza el contexto del sector para los años comprendidos de (1993-2003) con el apoyo del DNP y del programa de apoyo a la reforma de salud (PARS)<sup>44</sup>.

Los principales resultados en la cuantificación de los dineros destinados a la salud ascienden en promedio 8,5% del PIB nacional en el tiempo transcurrido de 1998-2002, en 1993 – 1997 en 6,2%, y del 2000 – 2003 en 7,7% del PIB. Uno de los beneficios que acarreó la implementación de la nueva configuración del sector fue la reducción de gastos de bolsillo<sup>45</sup>.

Otro estudio como el de Paredes realiza una estimación para el año 2009 donde se destaca que para ese periodo se destinaron 36,7 billones a la salud. Equivaliendo aproximadamente 7,5% puntos del PIB para ese año<sup>46</sup>. En general, después de la reforma de la salud (ley 100 de 1993), el flujo de dinero a estado incrementándose, incluso en comparación con otros países andinos. Colombia supera a Ecuador y Venezuela 4.8% y 5.4% del PIB para la asignación de recursos a la salud en años recientes<sup>47</sup>. Se ha llegado a considerar al modelo de

---

<sup>44</sup> **Ibíd.** Pág. 20.

<sup>45</sup> Se denominan gastos de bolsillo, aquellos costos en los cuales el paciente incurre para cuidar su salud, incluyendo el gasto curativo y preventivo, que no están cubiertos o reembolsados por el seguro en salud. De los cuales, se designan en la compra de medicamentos que no estén cubiertos por el POS, los desembolsos realizados por el afiliado como; los copagos o cuotas moderadoras y el costo de transporte para llegar al sitio.

<sup>46</sup> **Ibíd.** Pág. 21.

<sup>47</sup> **CLAVIJO** Sergio, y **TORRENTE** Camila. “**EI DEFICIT FISCAL DE SALUD EN COLOMBIA: ESTIMACIÓN DE SU PASIVO ACTUARIAL**”. (recurso electrónico) Pág. 12. (PDF) Disponible en: <http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf>

salud colombiano como uno de los más equitativos del mundo por su desempeño financiero<sup>48</sup>.

Los recursos provienen de distintas entidades, la principal entidad que suministra la mayor cantidad de dinero, es el FOSYGA, ya que para el 2010 y el 2011 administraba el 50% del total de los recursos.

En el estudio realizado por Fedesarrollo a cargo de (Nuñez y Zapata, 2012) se resume para el periodo comprendido desde 2007 - 2011 el financiamiento global del sector, en la siguiente tabla.

Tabla 1.

CONSOLIDACIÓN RECURSOS DDESTINADOS A LA SALUD (MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)										
Entidad ejecutora	Fuentes	Variación %								
		2007	2008	2009	2010	2011	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
1. Min.Protoc. Social, CONPES social	Presupuesto General de la Nación	5.536.826	5.425.538	6.348.956	7.707.259	8.074.357		-0,90	17,30	17,50
2. Entidades territoriales	Recursos de las entidades territoriales	3.759.139	3.468.631	3.569.739	3.500.732 *	3.399.992 *	-7,70	2,90	-2,40	-2,40
3. Fosyga	Colizaciones, paripassu, impuesto a las armas, cajas de compensación	13.204.498	14.536.807	17.505.600	20.006.514	22.987.485 *	10,10	20,40	14,30	14,90
4. Reglmenes especiales	Recursos reglmenes especiales		1.503.813	1.569.782	1.680.765 *	1.777.409 *		4,40	7,10	5,80
5a. Otros	Recursos salud privados Medicina prepagada	1.908.801	2.121.389	2.547.351	2.657.506	2.765.298 *	11,10	20,10	4,30	4,10
	GRAN TOTAL 1+2+3+4+5+6	24.409.263	27.056.177	31.541.427	35.552.777 *	39.004.540 *	10,80	16,60	12,70	9,80
	Como porcentaje del PIB	5,00	5,40	6,20	6,70	7,10	7,00	14,90	8,00	6,60
5b. Otros	Gasto de bolsillo**		6.513.884	6.513.884 *	6.513.884 *	6.513.884 *				
	Total + Gasto de bolsillo	24.409.263	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *	45.518.424 *		13,40	10,50	8,20
	Como % del PIB	5,00	6,70	7,50	7,90	8,30	32,80	11,70	5,90	5,10

\* Proyecciones.  
\*\* El gasto de bolsillo se calculó a partir de la ECV 2008.

Fuente: Fedesarrollo (Nuñez y zapata 2012).

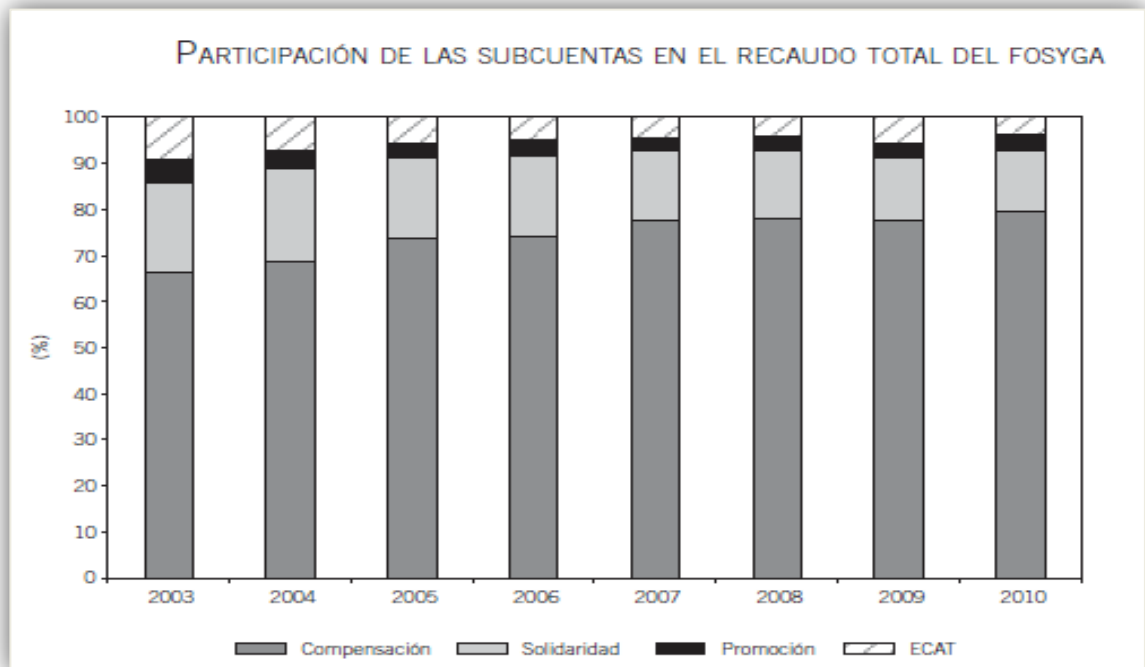
<sup>48</sup> Revista Panamericana de Salud Publica. ALVAREZ CASTAÑO Luz Stella. "EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: UNA PROPUESTA PARA SU FUNDAMENTACIÓN MORAL". (Recurso electrónico) Publicación 18. 2005. Pág. 129 Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php/script\\_sci\\_serial/Ing\\_es/pid\\_1020-4989/nrm\\_iso](http://www.scielosp.org/scielo.php/script_sci_serial/Ing_es/pid_1020-4989/nrm_iso).

El FOSYGA es la entidad que más recursos destina, debido a que administra los siguientes rubros del sistema:

- Cuenta de compensación del régimen contributivo
- Cuenta de solidaridad del régimen subsidiado
- Promoción de la salud
- Seguro de riesgos catastróficos y accidente de tránsito (ECAT)

La mayoría de los recursos se originan de la fuente del régimen contributivo, y se espera que esta subcuenta aumente debido a que los recursos destinados a la subcuenta de solidaridad disminuyan, a causa de la circular externa de 2011. Esta medida se dicto desde el Ministerio de la Protección Social<sup>49</sup>.

Gráfico 1.



Fuente: Fedesarrollo (Nuñez y zapata 2012).

<sup>49</sup> **Ministerio de la Protección Social.** Circular externa 051 de 20 de septiembre de 2011. (En línea).

“La tasa total de cotización a salud, por efecto de lo establecido en la Ley 1429 de 2010, puede estar entre el 11% y el 12.5% del IBC, según la gradualidad en que se encuentre la empresa”.

Disponibile en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=44134>

Los recursos que se giran desde el SGP (Sistema general de participaciones) que corresponden a conceptos de regalías, recursos propios y de endeudamiento son un poco menos del 10%, mientras que los recursos de medicina pre-pagada a aumentado en los últimos años. Otra fuente de financiación importante es el aporte que hace directamente el gobierno nacional desde el presupuesto de la nación. En cuanto a la manera en como los recursos se distribuye, se encuentra que los recursos privados tienden a una leve reducción, mientras que las cotizaciones permanecen constantes, y los recursos públicos evidencian un alza (observar tabla 2).

Tabla 2

COMPOSICIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD (MILLONES DE PESOS DE 2010)			
	2008	2009	2010
Recursos privados	23,90	21,20	19,50
Cotizaciones	27,80	26,90	26,50
Recursos públicos	48,30	51,90	54,0
Total recursos	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *
Porcentaje del PIB	6,70	7,50	7,90

\* Proyección.

Fuente: Fedesarrollo (Nuñez y zapata 2012).

En síntesis, el sistema de salud Colombiano está constituido por una serie de entidades de carácter estatal, privado, y mixtas que nutren la financiación para destinarlos a sus respectivos usos. Con el transcurso del tiempo, el sector ha registrado un aumento de sus ingresos en todas las entidades que se encargan de la recaudación. Por otro lado, quizás el aspecto más importante que tiene el seguro de salud es disminuir el gasto en bolsillo, un objetivo importante que resultaba desventajoso en el modelo anterior. Otra característica importante, la mayoría de los recursos provienen de recursos públicos, de las diferentes dependencias que nutren el sistema como; el presupuesto general de la nación, las regalías, cotizaciones de los trabajadores, las entidades territoriales, etc

Por otro aspecto, existen recomendaciones de la financiación del sistema. Ya que, la tasa de recobros del FOSYGA ha estado en aumentado, peligrando en ese sentido al régimen contributivo porque los recursos se quedan cortos por los excesivos recobros y la reducción de los ingresos de la subcuenta de la solidaridad, expone al régimen subsidiado a una delicada situación. Perjudicando la ampliación del POS subsidiado, implicando la expansión del gasto fiscal significando una mayor carga fiscal<sup>50</sup>.

## 2.5 La situación en cobertura

La apreciación que se tiene y los resultados que hoy en día se manejan, es que en algunos casos y regiones del país se ha alcanzado tasas del 100% en cobertura en salud. La situación de los noventa era que no se llegaba a un 30%, mientras que después de la ley 100 se ha podido alcanzar tasas por encima del 90% como lo indica la siguiente tabla<sup>51</sup>.

Tabla 3

### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL HISTÓRICO DE COBERTURA EN AFILIACIÓN SALUD

AÑO	Régimen Subsidiado <sup>1</sup>	Régimen Contributivo	Regímenes de Excepción <sup>2</sup>	Total Población afiliada	Población DANE
2002	11.444.003	13.735.172	2.107.008	27.286.183	41.328.824
2003	11.867.947	14.094.619	2.133.526	28.096.092	41.848.959
2004	15.553.474	14.408.562	2.160.012	32.122.048	42.368.489
2005	18.438.013	15.521.729	2.186.528	36.146.270	42.888.592
2006	20.125.263	16.366.375	2.212.904	38.704.542	43.405.956
2007	21.606.812	17.510.880	2.239.464	41.357.156	43.926.929
2008	23.601.000	18.066.476	2.266.189	43.933.665	44.451.147
2009	23.373.913	18.340.101	2.293.091	44.007.105	44.978.832
2010	21.840.891	18.869.159	2.320.150	43.030.200	45.509.584
2011	22.295.140	19.321.377	2.347.426	43.963.943	46.044.601

Fuente: BDUA - FOSYGA

<sup>50</sup> **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO”. FEDESARROLLO. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. (PDF).Pág. 29. Disponible en:

<http://www.fedesarrollo.org.co>

<sup>51</sup> **MINISTERIO DE LA SALUD Y PROTECCION SOCIAL**. Disponible en:

[http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002\\_2011.pdf](http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002_2011.pdf).

EL régimen contributivo es parte del soporte del sistema de salud, ya que son los vinculados directamente del sistema a través de una EPS, quienes cotizan alrededor del 12,5% de sus ingresos laborales. El cual, se distribuye de la siguiente manera; por cuenta propio 4,5% y el patrono 8,5%, si tiene un contrato fijo y está vinculado dentro de una empresa o totalmente (12,5%) si es independiente.

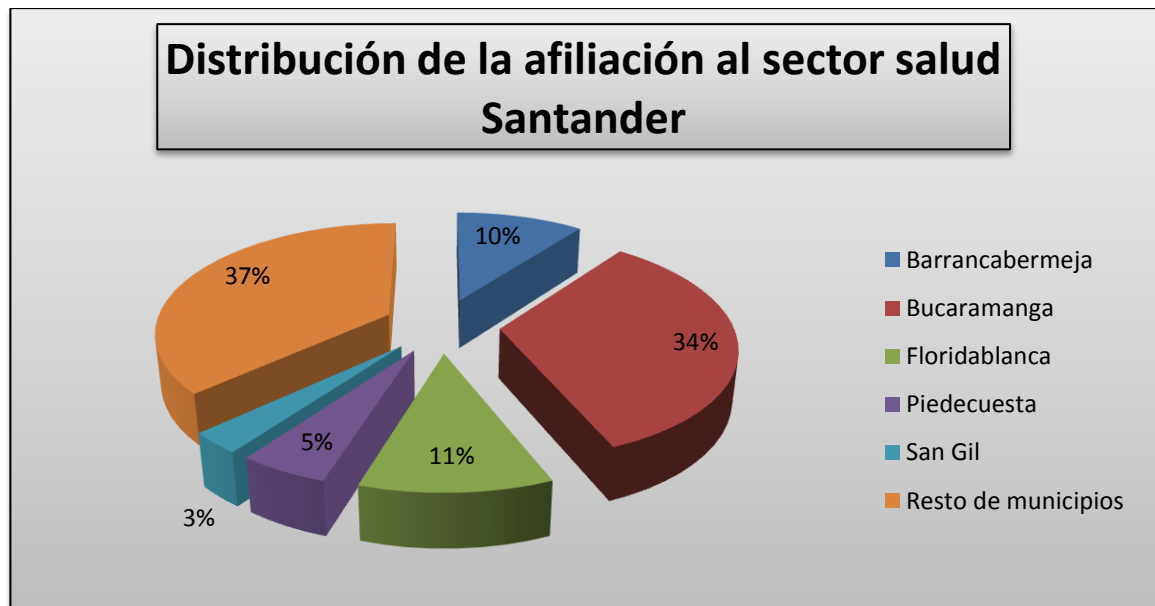
Las EPS tienen establecidos una prima que cubre el aseguramiento o la financiación individual de la salud (UPC), las cuales van a depender de factores como la ubicación geográfica y los tipos de enfermedades que acatan en una región específica. Después de haber determinado el valor de la UPC a los afiliados, las EPS consignan el valor de la prima a las subcuentas que maneja el FOSYGA (solidaridad, compensación). El acceso a los servicios no depende del valor a cotizar de cada trabajador, es decir la disponibilidad del gasto para la prestación de los servicios en salud es independiente de los ingresos de cada afiliado, respondiendo a unos principios de equidad dentro del mismo régimen.

A finales del 2010, el régimen contributivo rodeaba los 18,869 millones afiliadas al régimen contributivo del registro único de afiliados (RUAF). El 19,7% están en Saludcoop, el 15,4% Coomeva, y el 12,8% Nueva EPS. Seguidas por Salud Total, EPS Sura y Famisanar. Estas EPS tienen el control del 70% del total a los afiliados al régimen, mientras que las otras aseguradoras se reparten el mercado de este modo; tan solo 6 EPS poseen una cobertura superior al 5% del total nacional, 8 empresas tienen una cobertura al 1% y el resto las conforman aquellas EPS con menos de 100.000 afiliados cada una.

Uno de los continuos inconvenientes es la dispersión de las EPS, haciendo que el seguimiento y el control se dificulte. Por ello, el gobierno ha pronunciado la necesidad de consolidar el aseguramiento en menos EPS. Esto no es solamente problema del régimen contributivo, ya que en el subsidio se hace muy difícil el control y el seguimiento debido a la dispersión de las ARS de los afiliados.

En lo que respecta del 2013, la base de datos (BDUA) a corte de febrero del 2013, en Santander hay 1.872.114 personas afiliadas al sistema de salud, de los cuales corresponden al régimen contributivo 973.121, al subsidiado 862.559, y al de excepción 36.434<sup>52</sup>. Obviamente Bucaramanga por ser la ciudad capital, es donde se concentra la mayor población incluida dentro del sistema de salud, Con un porcentaje de 33,41% a nivel regional, y se distribuye de la siguiente manera a nivel municipal; para el régimen contributivo es del 73%, el subsidiado 25%, y el de excepción 2%. Mientras que Floridablanca proporcionalmente ocupa el segundo puesto debido a que posee el 11% del total de las personas incluidas en el sector a nivel regional. Por otro lado, Barrancabermeja con un 10%, Piedecuesta un 5%, y San Gil un 3%. Estos municipios suman el total del 63% de la población afiliada para Santander.

Grafico 2.

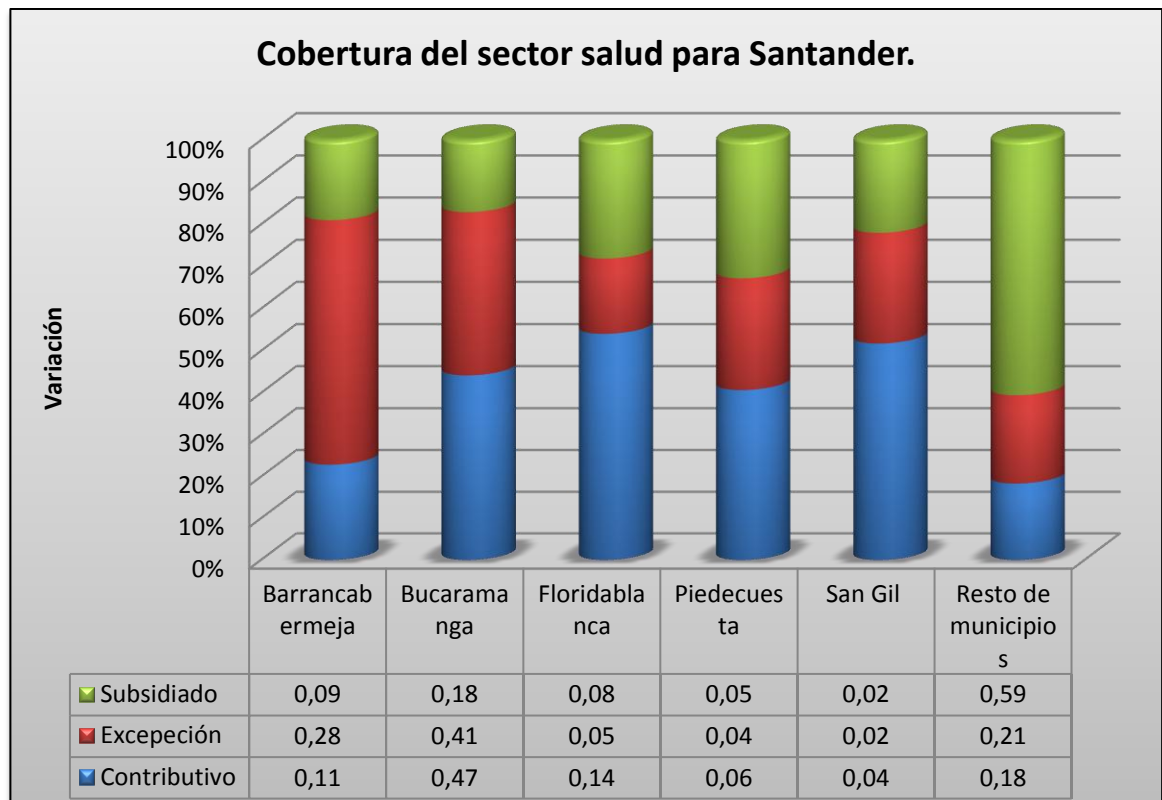


Fuente: Ministerio de salud y protección social. Cálculos del autor. (Cifras a febrero del 2013).

<sup>52</sup> El régimen de excepción corresponde para aquellas personas que son empleados públicos y que pertenecen alguna institución del estado.

En la manera en cómo se comporta el registro de afiliación al régimen en salud a nivel regional, se tiene lo siguiente: En Bucaramanga, el régimen contributivo es del 47%, el subsidiado del 18%, y el de excepción es del 41. Mientras que Barrancabermeja, el régimen contributivo es de 11%, el subsidiado de 9%, y el de excepción del 28%. Por otro lado Floridablanca tiene el 14% en el contributivo, en el subsidiado un 8% y en el de excepción un 5% datos a febrero del 2013.

Grafico 3



Fuente: Ministerio de salud y protección social. Cálculos del autor. (Cifras a febrero 2013)

A nivel municipal Bucaramanga, Floridablanca y San Gil, en el régimen contributivo dobla al subsidiado proporcionalmente. Mientras que Barrancabermeja y Piedecuesta estén totalmente equiparados. Pero existe un desbalance en cuanto al resto de municipios, debido a que en el régimen contributivo es del 25%, y el subsidiado es del 74%. Conllevando a la misma tendencia nacional, donde el

régimen subsidiado crece más rápido que el contributivo donde se puede ver en la siguiente tabla, datos a febrero del 2013.

Tabla 4.

<b>Análisis proporcional del régimen a nivel municipal</b>			
<b>Municipio</b>	<b>Contributivo</b>	<b>Excepción</b>	<b>Subsidiado</b>
<b>Barrancabermeja</b>	<b>0,55</b>	<b>0,05</b>	<b>0,40</b>
<b>Bucaramanga</b>	<b>0,73</b>	<b>0,02</b>	<b>0,25</b>
<b>Floridablanca</b>	<b>0,68</b>	<b>0,01</b>	<b>0,31</b>
<b>Piedecuesta</b>	<b>0,58</b>	<b>0,01</b>	<b>0,41</b>
<b>San Gil</b>	<b>0,72</b>	<b>0,01</b>	<b>0,27</b>
<b>Resto de municipios</b>	<b>0,25</b>	<b>0,01</b>	<b>0,74</b>

Fuente: Ministerio de salud y protección social. Cálculos del autor. (Cifras febrero a 2013)

En el área metropolitana de Bucaramanga a febrero del 2013, hay 24 EPS de las cuales se distribuyen de la siguiente manera; 5 operan en el régimen subsidiado, 4 para el régimen de excepción, mientras que hay 17 en el régimen contributivo. En el contributivo hay 2 que operan dentro del contributivo y subsidiado. La mayor proporción de afiliados, está en Saludcoop con 112.419, después la Nueva EPS con 63.900, y Salud Total con 63.801, ello en cuanto a los principales administradores del régimen contributivo. En el subsidiado, Solsalud es que el tiene más participación con 58.674, después esta Caprecom con 39.724, y Asociación mutual de la esperanza (ASMET) con 32.684. En el régimen de excepción están los empleados de Ecopetrol con 6.959, los del magisterio con 6.943, la planta de los empleados de la UIS con 1.030 y como dato curioso dentro de este régimen hay tan solo 2 personas de la Universidad Nacional.

La evolución en la cobertura en Santander ha estado enmarcada a nivel nacional, con una tendencia en alza. Pero la situación es compleja y comprometedor, ya que las cifras suelen estar equiparadas en cuanto la cobertura de los dos regímenes (contributivo 52%, subsidiado 46%), teniendo en cuenta que la gran masa de dinero proviene del contributivo para el sostenimiento del sistema. En términos globales se evidencia unas asimetrías en cuanto a la cobertura del

sistema, ya que la diferenciación se nota en los municipios que están por fuera de la capital Santandereana.

## **2.6 El empleo como problema estructural en la financiación del seguro de salud.**

El tema del empleo y la relación que tiene con el sostenimiento y aseguramiento se debe en términos de recaudo para el funcionamiento del sistema, la mayoría proviene del FOSYGA y estos a su vez de la cuenta de compensación del régimen contributivo. En otras palabras, para el 2010 el FOSYGA administraba alrededor del 50% de los recursos; de los cuales el 66,4% pertenecían o se asignaban para la atención del régimen contributivo.

Esta apreciación se debe tener en cuenta, porque la mayoría de estos recursos provienen de las personas que están trabajando y se encuentran cotizando dentro del sistema, sin tener en cuenta la condición del trabajador si es independiente o dependiente.

En el transcurso de estos últimos 20 años, en el devenir de la actividad económica se a registro que para los periodos de la economía colombiana finalizando década de los noventa del siglo pasado. El desempleo se disparo como consecuencia de la crisis que afrontaba el país, cifras que rondaban algo más del 20% de desocupación, mientras que para este último decenio (2000-2010). La economía presenta leves brotes de recalentamiento, debido a la crisis mundial surgida en los países desarrollados. Consecuencia, que termina en niveles de desocupación llagando alrededor del 14% para el periodo (2008-2009). Finalmente el efecto y la eventualidad que repercute en la población es el paro dinamizado por el desempleo, fenómeno que trasciende desde la configuración del sistema de seguridad social, presionando el alza de la cobertura a través del régimen subsidiado.

En algunos casos, se evidencia que existe un fuerte incentivo para no perder el subsidio que tienen derecho las personas pobres que cuentan con SISBEN. En ese sentido, tanto los trabajadores como los patrones o empresarios, usan el SISBEN para no pagar salud al régimen contributivo. Creando distorsiones para las personas que necesitan el subsidio, generando problemas de filtraciones dentro de los beneficiarios de la salud.

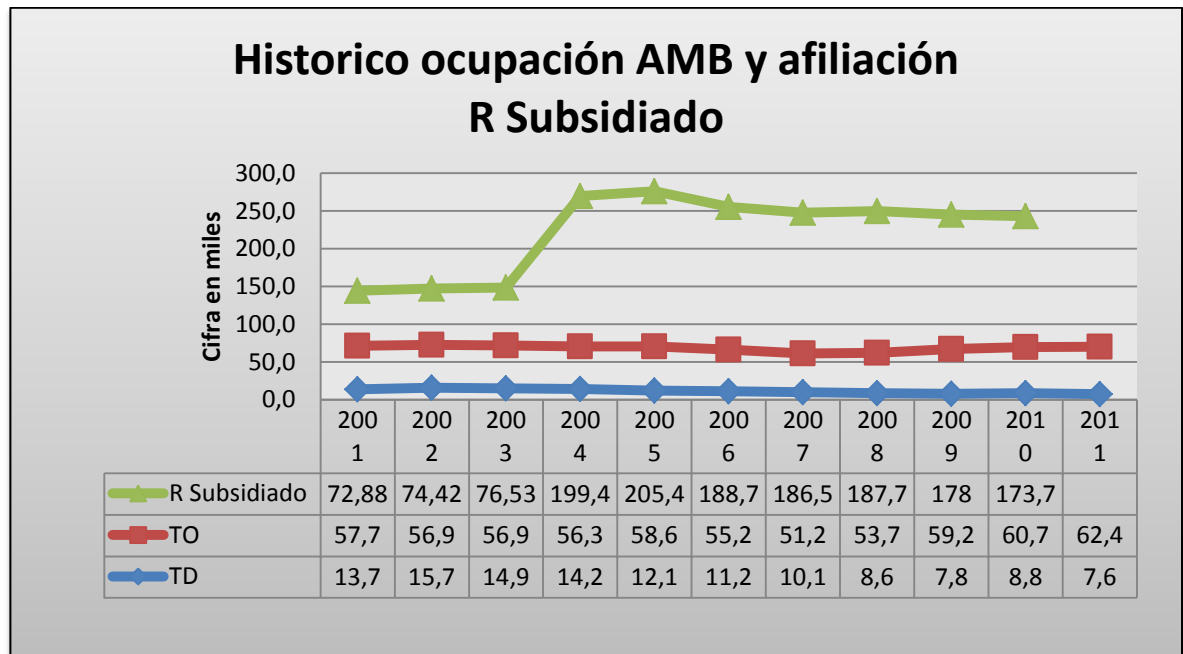
En el estudio de Acosta, Navarro y Gamboa (2005), hay evidencia que se carece de incentivos reales para no declarar ingresos para el no pago de las cotizaciones en salud. Tal motivo hace que las personas evadan su verdadera capacidad de pago de la prima del seguro médico y se calcula que hay 2,5 millones de personas que podrían estar pagando contribuciones y no lo hacen. La última medida gubernamental de la igualación del POS subsidiado, podría acarrear estímulos a futuro para no salir del régimen subsidiado<sup>53</sup>.

En cuanto, la área metropolitana de Bucaramanga la tasa de desempleo tiene una reducción debido a la generación del mismo (2001-2010). El comportamiento en la afiliación en salud sigue la misma tendencia enmarcada a nivel nacional, mientras que el régimen subsidiado presenta una leve reducción, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

---

<sup>53</sup> **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. *FEDESARROLLO*. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. (PDF).Pág. 76. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co>

Grafico 4.



Fuente: DANE. Caculos del autor.

La región santandereana, en su agregado departamental tiene un equilibrio en la afiliación del régimen subsidiado y contributivo. Actualmente a febrero del 2013, según la BDUA (Base de datos única de afiliados), suministrada por el ministerio de la protección social y salud. Hay 1.872.114 personas afiliadas al sistema de salud, de los cuales corresponden al régimen contributivo 973.121, al subsidiado 862.559 como se había mencionado antes. Pero existen peculiaridades, pues en la mayoría de los municipios de Santander (excluyendo AMB,) las personas generalmente están afiliadas al régimen subsidiado, conllevando a que haya un desequilibrio en estas municipalidades. Por último, en cuanto a la tesis de Acosta, Navarro y Gamboa (2005) y el acelerado ritmo que presenta la afiliación en salud al régimen subsidiado a nivel nacional, no se enmarca del todo a nivel departamental. Porque en los principales municipios del departamento la afiliación del régimen contributivo es mayor, el problema son los pequeños municipios y es

debido a las asimetrías de los ingresos en comparación con los municipios más grandes.

## **2.6 La situación de salud pública Santander**

Las políticas de salud emprendidas de los gobiernos departamentales son autónomas, para ello los planes de desarrollo de las gobernaciones deben incluir unos parámetros que son dictaminados desde los estudios técnicos y que solo pretenden coordinar, y apoyar la planeación a corto, mediano, y largo plazo.

La institución encargada de acompañar técnicamente las políticas implementadas de las gobernaciones es el DNP (Dirección nacional de planeación), esta institución maneja los recursos que desde el gobierno central giran a las respectivas gobernaciones SGP (Sistema general de participaciones), el SGP es una cuenta que tiene como fin asignar recursos de uso social. Principalmente, los recursos son destinados a tres rubros; educación, salud, y agua potable.

La salud está compuesta por unas asignaciones distribuidas del siguiente modo; afiliación al régimen subsidiado 65%, salud publica 10%, y prestación de servicios a la población pobre 25% (subsidios a la demanda). Como se ha podido constatar con el aumento de la cobertura del sector salud, el régimen subsidiado a aumentado en parte por el aumento del dinero destinado desde el SGP a la financiación de los rubros de salud para los entes gubernamentales, teniendo en cuenta también el esfuerzo que se hace desde el FOSYGA ha permitido que se pueda llegar a tasas superiores del 90% de cobertura en salud.

Desde el aspecto de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) para el censo 2005, presenta un indicador de 31,70 y es uno de los más bajos comparándolo con los demás departamentos. En el área metropolitana de Bucaramanga es de 17,86 solo superado por Bogotá (D.C) 17,28, Medellín 16,08, y Manizales 15,58. Llama la atención de Barrancabermeja 29,48 debido a los procesos de refinación

del petróleo y sus derivados, lo cual contribuye a una industria más solidificada y un valor agregado más alto que los procesos industriales de Bucaramanga. También llama la atención de pequeños municipios como; Carcasi 73,75, Cepita 81,04, Cerrito 65,01, Chipitá 56,92, Concepción 61,46, Macaravita 60,80, y entre otros. Alcanzando niveles por encima de 50 puntos<sup>54</sup>. Reflejando una distribución social desigual conllevando a profundizar las desigualdades sociales.

Los aspectos sociales desiguales están reflejados en la concentración de riqueza, en las cifras de indigencia y pobreza. Para el año 2010 la concentración de riqueza del departamento se acentuó en 0,5004 mientras que para el 2008 fue de 0,493 (*Plan de desarrollo de Santander, 2012-2015*). Estas cifras son el resultado asimétrico de la vigorización económica reflejada en las áreas urbanas y rurales, al igual que la influencia del área metropolitana frente al resto de municipios.

En la generalización de la salud para el departamento los casos de morbilidad, están relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer, cardiovasculares, metabólicas) Mientras que las transmisibles (enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, VIH, entre otras.) Y por ultimo situaciones de violencia o accidentes, enfermedades mentales y la mortalidad materna infantil.

Los rasgos más comunes del estado de salud para Santander son las enfermedades crónicas no transmisibles. Para el departamento, durante el periodo del 2009 en total 9.391 personas murieron de las cuales el 32% fallecieron por causa de las enfermedades del sistema circulatorio (2.979 muertes, 148,9 por 100.000) considerada como el evento crónico más importante, seguida de las neoplasias con 1.622 muertes (81,1 por 100.000 habitantes), el contagio del VIH/SIDA en el 2011 existían 3762 casos con una mortalidad del 5%, ese año se registraron 268 casos nuevos siendo el área metropolitana de Bucaramanga la

---

<sup>54</sup> Dane. Información sociales, calidad de vida “Históricos, porcentajes de hogares y personas pobres y en miseria según NBI”. (En línea) 2005. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=231&Itemid=66](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=231&Itemid=66)

que presenta mayor número de nuevos casos<sup>55</sup>. Otro indicador importante es la mortalidad de niños menores de 1 año para Santander de 10,2 por 1000 nacidos vivos en el 2009. Pero existe una gran diferencia entre las provincias. En la Comunera es donde más niños mueren 39,7; le sigue Vélez 14,8; y García Rovira con 7,4 (*Plan de desarrollo de Santander, 2012-2015*).

La situación de desnutrición en Santander está influenciada por la pobreza y la miseria focalizada entre los sectores más vulnerables de lo urbano y lo rural. La desnutrición crónica de niños en 0 a 4 años es de 17,2% y de 19% de niños entre 5 a 9 años para SISBEN nivel 1, comparado con 5,7% y 5,8% en el nivel 3 del SISBEN en 2005, respectivamente. Para las edades de 10 a 17 años se presentan diferencias en comparación con el nivel de SISBEN, la prevalencia es el retardo de crecimiento de 23,1% para el nivel 1 y 9,2% en el nivel 3<sup>56</sup>.

## **2.7 Efectos de la neo liberalización de la salud y sus consecuencias para Santander.**

El orden neo-liberal impregna el estado para su manejo y ejecución, procesos que van de la mano con la idea del libre desarrollo y de mercado. En ese sentido las funciones del estado se limitan a las acciones de defensa y justicia, el resto de sus labores como los servicios sociales puedan ser privatizados.

Por lo tanto, los bienes y servicios que vienen a ser de carácter social logran expandirse por medio de la focalización o de los subsidios a la demanda. El cual, es un proceso descentralización que teóricamente debe conducir a la autofinanciación. Debido que los subsidios asignados desde las esferas individuales (demanda), permite que las empresas funcionen a través del mercado vendiendo los servicios y bienes para suplir las necesidades, a partir de esta

---

<sup>55</sup>: Revista del observatorio de salud pública en Santander. No. 3 (2010). **HORMIGA SÁNCHEZ**, Claudia Milena. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, 2010. Pág. 19. Disponible en: <http://www.saludsantander.gov.co/web/>.

<sup>56</sup> Plan de Desarrollo Santander (2012-2015) Santander en Serio. 23 de abril del 2012. Pág. 63. Disponible en: <http://www.asambleadesantander.gov.co/Doc/Foro/pddsantander.pdf>.

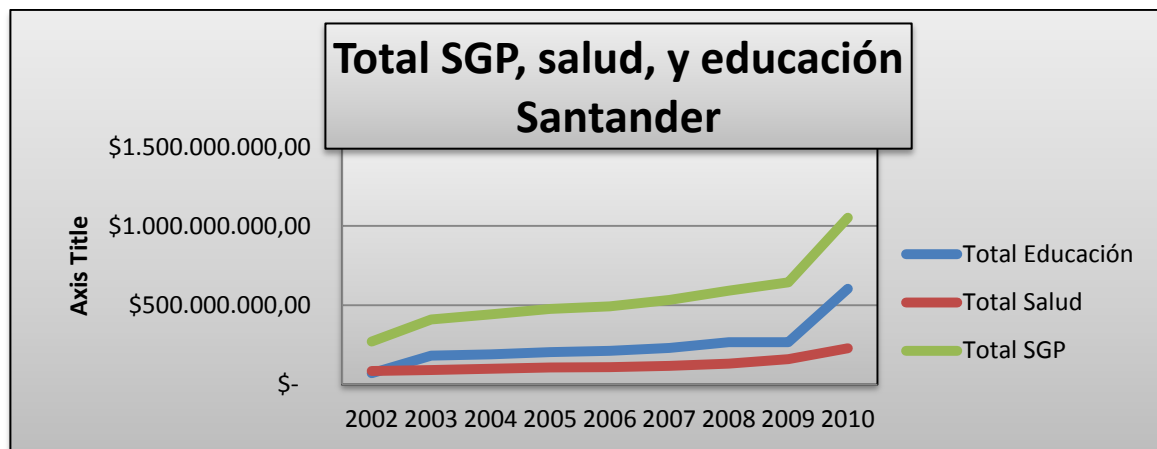
noción se pretende eliminar la financiación directa. Porque mediante la focalización se puede abarcar la población mediante el mercado.

En el accionar político, la descentralización debe darse con instituciones que sean independientes del gobierno central, las cuales pertenecen a la responsabilidad gubernamental. Que vienen a ejecutar el gasto público a través de acciones como; infraestructura vial, educación, salud, desarrollo, fomento agropecuario, etc.

Las agencias descentralizadas se financian con las transferencias del gobierno central (SGP), a través de la recolección de impuestos para después asignar y ejecutar el gasto público mediante las transferencias.

Progresivamente a nivel nacional los recursos del SGP han aumentado desde 1994 hasta 2011. En promedio los recursos han crecido en 12,47% tendencia que se puede confirmar con los niveles de cobertura en salud registrados, mientras que para Santander los recursos destinados del SGP históricamente representan alrededor del 5% a nivel nacional. En el 2002 el rubro de salud tuvo una asignación mayor que la educación, el año en que más dinero se asignó fue 2009-2010 paso de 16,010 mil millones a 22,68 mil millones como se indica en la grafica.

Grafico 5



Fuente: DNP (Cifras en miles de pesos). Cálculos del autor.

La determinación del acceso está delimitada por un carácter subjetivo de la aplicación del concepto, en lo referente se cataloga como la dificultad que entraña de ser atendido para recibir el servicio de salud. En ese sentido, se basara en las fuentes estadísticas de uso institucional que se tienen y que caracterizan poder acceder al servicio. Para ello, se comprende que el acceso está delimitado por las particularidades propias a las que se enfrenta el individuo cuando necesita el servicio, en ese sentido la cuantificación del acceso está determinada por las variables que presenta el sistema de seguimiento y evaluación del Ministerio de la salud y protección social.

En Santander hay un poco más de 2 millones de personas, en donde el departamento tiene un total de camas hospitalarias de 3569 para el año 2010 (tasa por mil habitantes), distribuyéndose de la siguiente manera como se muestra en la tabla.

Tabla 5

<b>Santander Camas de hospital</b>			
<b>Camas por 1.000</b>	<b>1,8</b>	<b>Camas Cuidado Intensivo Pediátrico</b>	<b>39</b>
<b>Camas Pediátricas</b>	<b>585</b>	<b>Camas Cuidado Intermedio Adulto</b>	<b>30</b>
<b>Camas Adultos</b>	<b>1.893</b>	<b>Camas Cuidado Intensivo Adulto</b>	<b>146</b>
<b>Camas Obstetricia</b>	<b>502</b>	<b>Camas Quemados Adulto</b>	<b>10</b>
<b>Camas Cuidado Intermedio Neonatal</b>	<b>93</b>	<b>Camas Quemados Pediátrico</b>	<b>4</b>
<b>Camas Cuidado Intensivo Neonatal</b>	<b>91</b>	<b>Camas Psiquiatría</b>	<b>70</b>
<b>Camas Cuidado Intermedio Pediátrico</b>	<b>15</b>	<b>Camas agudo mental</b>	<b>16</b>
<b>Camas Intermedio Mental</b>	<b>6</b>	<b>Camas Fármaco_ dependencia</b>	<b>69</b>
<b>Total camas</b>			<b>3.509</b>

Fuente: Ministerio de la protección social y salud. (Cifras a 2010)

En lo que respecta, se puede evidenciar que se carece de camas en las diferentes áreas, por ejemplo; en el área de quemados adultos, quemados pediátricos, cuidado intensivo pediátrico, etc.

Mientras que la tasa de médicos por 10.000 habitantes a nivel nacional ha estado en aumento, ya que para el año 2003 era 13,7 mientras que para el 2007 era de 16<sup>57</sup>. A nivel regional la cantidad de médicos para el año 2011 es de 273, enfermeros profesionales es de 151, bacteriólogos 58, odontólogos 80 como se puede evidenciar en la siguiente tabla tomado del observatorio regional de salud.

Tabla 6.

<b>Recursos humanos en salud</b>	
<b>Número de Médicos</b>	273
<b>Número de enfermeros profesionales</b>	151
<b>Número de Bacteriólogos</b>	58
<b>Número de Fisioterapeutas</b>	85
<b>Número de Odontólogos</b>	80
<b>Número de profesionales de otras aéreas de la salud</b>	110
<b>Número de profesionales especializados en salud (clínicas y administración)</b>	366

Fuente: Observatorio en Salud de Santander. (Cifras a 2011)

Otro aspecto importante es el numero de tutelas por no prestación del no POS y POS S, este indicador se encuentra a nivel nacional. Durante lo recorrido del 2006 al 2009, la situación ha estado en aumento llegando a topes en 307.690 personas colocando derechos de tutela por la negación del servicio, coincidiendo con el periodo de la crisis de la salud.

<sup>57</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (En línea) Cuadros Indicadores de Prestación. 28 de Mayo del 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>.

Tabla 7

Total Nacional	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2
Total Nacional	1.263	8.960	66.645	307.690	7.358	4.034	4.262
EPS que reportan	35	52	42	65	66	68	64

Fuente: Ministerio de la protección social y salud.

Mientras que los números de tutelas crecen a razón de la negación del No POS en los tratamientos de altos costos, por otro lado. El número de partos para la atención supera las tasas de 90% a nivel nacional, incluso llegando a 97,8% en el 2007. Para Santander, el desarrollo de los objetivos de milenio presenta algunas mejoras en algunos puntos específicos mientras que en otros hay una constancia y una leve desmejora. En los casos donde persiste y se agudiza o hay un aumento negativo son el porcentaje de bajo peso de nacimientos vivos al nacer con una tendencia al alza, pasando en del 2.006 6,8% hasta el 8,2 en el 2.008, la desnutrición crónica de 8,1% para el 2.005 y en el 2.010 en 8,6%. Otro indicador como la violencia contra la mujer ha tenido un descendencia para el 2005 se encontraba en 30% y para el 2.010 esta 23,8% por cada 10.000 mujeres, otro indicador como la violencia sexual a tenido un leve descenso. Para el 2005 estaba en 8,8% y en el 2.010 está en 7,2 mujeres por cada 10.000. La tasa de mortalidad infantil tiene un registro constante referente al periodo comprendido en (2005-2010) donde para el 2.008 fue de 9,9% por cada 1.000 nacidos vivos siendo la más baja, mientras que las tasas de cobertura de inmunización tienen aumentos notables llegando a tasas por encima del 90%<sup>58</sup>.

Por último están las barreras de acceso que están determinadas por factores de oferta como la calidad y al acceso<sup>59</sup>, y demanda que está en función del tiempo y del dinero. A nivel nacional, Santander esta dos puntos porcentuales por encima

<sup>58</sup> Objetivos del Milenio. Observatorio de salud pública de Santander. ( En línea). Disponible en: [http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=163&Itemid=3](http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=163&Itemid=3).

<sup>59</sup> Donde el acceso está determinado por; características propias del sistema en salud, características de la población, utilización de servicios de salud, y satisfacción del consumidor.

del promedio, debido a que 14,21 % de la totalidad no pueden acceder al servicio de salud, mientras que a nivel nacional es de 12,61% para el año 2008. Bogotá (D.C) por ser la capital cuenta con el mejor indicador de acceso con un 7,26%. A nivel de tipo de barrera el principal motivo de no poder acceder al sistema de salud se debe a la calidad, seguido por la demanda de dinero, el tiempo, y por último la oferta disponible física.

Tabla 8

Región	Tipo de Barrera	2003	2008
<b>Oriental</b>	Demanda Dinero	51,73	34,84
	Demanda Tiempo	10,50	17,6
	Oferta Acceso	14,25	16,7
	Oferta Calidad	23,52	30,87

Fuente: Ministerio de la protección social y salud

El uso eficiente en la prestación del servicio de salud está determinado por el acceso del mismo, también se parte del uso institucional de datos para hacer el respectivo análisis. En el uso de las respectivas camas, el departamento tiene una media de ocupación de 51,2% (2002-2009) y que varía de forma ascendente con el paso de esos años. Por otro lado la producción de servicios en salud<sup>60</sup>, durante los años 2.003 y 2.004 obtuvo registros de tasas negativas de -3,2 y -3,1, en el 2.005 y 2.006 obtuvo 30,6 y 4,6, en 2007 de -4,0, y en el 2.008 y 2.009 de 7,1 y 2,8<sup>61</sup>. Para las IPS públicas de Santander, durante este mismo periodo, se registraron en relación con las tasas negativas de producción se consiguieron déficit y superávit, que están determinados con el uso y la ejecución de los recursos financieros, físicos, y humanos, y si se comparan con algunos departamentos como el caso de Antioquia y Atlántico los resultados fueron negativos, como se refleja en la siguiente tabla.

<sup>60</sup> Datos que están en porcentajes. Determinan la “producción” de los servicios de salud, en función de la cantidad de personas atendidas. (producción año t/producción año t-1)\*100.

<sup>61</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (En línea) Cuadros Indicadores de Eficiencia. 28 de Mayo del 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>.

Tabla 9.

<b>Comparación Departamentos</b>	<b>Unidad de medida: Relación base 100 ( <math>x= 100</math>: equilibrio. <math>x &gt; 100</math>: superávit)</b>						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Santander</b>	88,2	82,7	90,8	102,5	111,0	106,9	107,5
<b>Antioquia</b>	102,0	100,8	101,4	99,2	97,3	102,2	98,3
<b>Atlántico</b>	104,4	103,1	172,2	87,6	87,2	87,5	114,5

Fuente: Ministerio de la protección social y salud.

Tendencia que se puede comprobar con el gasto del personal marginal de la salud, pues este entre más pequeño mejor es la eficiencia del mismo. En Santander desde el 2002 es de 665,2 y hasta el 2009 es de 485,3 y en promedio es de 539,9 un poco por debajo de la tendencia nacional 571,8. Por último, hay en el departamento 95 IPS publicas distribuidas de la siguiente manera; 80 nivel 1, 11 nivel 2 y 4 nivel 3<sup>62</sup>.

El marco teórico de la salud en la ley 100, tiene una sintonía perfecta con el desarrollo de los conceptos de las ramas técnicas económicas en el campo de la salud. En ese sentido todos los problemas que acarreaban proponer un modelo que operara bajo las bases del mercado estaría sustentado en las bases teóricas que pudiera ofrecer la micro-economía, tales como; análisis de mercados competitivos, riesgo moral, demanda inducida, etc. Lo cual tendría como objeto final configurar un mercado competitivo de la salud en Colombia, donde pueda operar el capital privado, estatal, o en su defecto mixto. Muchas de las situaciones son complejas, debido a las idealizaciones de la libertad individual y del beneficio personal creyendo conllevar a la existencia del bienestar general.

Los motivos expuestos solo se configuran en el papel o en el campo conceptual denominado por corrientes intelectuales, y es que la situación es distinta. Calificar O tildar el modelo como “bueno”, equitativo, y universal. En una realidad, donde las personas no pueden acceder al servicio porque tienen que interponer derechos

<sup>62</sup> El nivel hace referencia a la complejidad que pueda prestar el centro hospitalario con respecto al servicio de salud.

de tutela, pone en juicio y despierta cualquier sentimiento escéptico que se tenga en la realización del derecho a la salud. En consecuencia, el abordaje teórico liberal a través de las iniciativas privadas ha terminado siendo igual o peor, en lo que era antes el dominio estatal y la responsabilidad del estado. En tal sentido, la salud o el sector salud tiene comprometido una deuda (estudio IPS públicas corte a 31 de diciembre de 2009) que esta alrededor de 1,5 billones de pesos a nivel nacional y está distribuida de la siguiente manera; los ingresos globales de las IPS públicas son alrededor de \$8.709.730.315.986 y los recaudos ascienden en \$6.765.534.962.742 aproximadamente en un 77,6% de los reconocidos. Mientras que los gastos comprometidos es de \$6.613.587.542.070, compuestos en un 59% por gastos de personal, 21% gastos de operación comercial y prestación de servicios, un 18% gastos generales, y un 2% en transferencias corrientes. Donde el déficit es debido a que los egresos fueron superiores a los recaudos percibidos, es decir el faltante de 1.5 billones de pesos es porque el sistema no logra recaudar la totalidad de los ingresos globales<sup>63</sup>.

Para Santander hay 85 IPS públicas, de las cuales 75 presentaron déficit, superiores a los \$55 mil millones de pesos (31 de diciembre del 2009). El cual, los recursos se distribuyen de la siguiente manera; los ingresos totales reconocidos fueron \$335 mil millones de pesos, de los cuales se recaudaron \$206 mil millones, y los gastos suman \$261 mil millones. Haciendo un déficit de \$55mil millones. En Bucaramanga se encuentra la deuda más grande, debido a que el Hospital Universitario de Santander suma una deuda alrededor de \$17 mil millones, también el hospital Psiquiátrico San Camilo en \$3,5 mil millones y el Instituto de salud de Bucaramanga alrededor de \$1,9 mil millones. Concentrando el déficit (AMB) porque alrededor del 41% de la deuda total regional pertenece a la ciudad.

---

<sup>63</sup> Superintendencia Nacional de Salud. **“ESTUDIO IPS PÚBLICAS CORTE A 31 DE DICIEMBRE DEL 2009”**. (Recurso electrónico) Bogotá D.C. Julio del 2010. (PDF) Pág. (7-9). Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=0ND6hFyLkS8%3D&tabid=95&mid=478>.

Mientras que las IPS que cerraron con superávit, no superan en proporción el 1% de la deuda regional ya que la utilidad global esta alrededor de los \$483 millones de pesos que en comparación con el déficit global alcanza el 0,871%. La IPS que mejor resultado positivo obtuvo fue el Hospital Regional García Rovira de Málaga con un monto de \$132 millones de pesos<sup>64</sup>.

La difícil situación que atraviesa el sector salud se extiende a nivel nacional, por un lado la apertura de la salud y el camino hacia el mercado configurado en la ley 100 extendió la cobertura, pero el problema que atraviesa el sector no es de orden de cobertura. Ahora es de financiación, y el funcionamiento del capital privado solo opera si existe rentabilidad de capital. Compleja situación, ante un panorama donde la mayoría de los departamentos están déficit presupuestal, conllevando a que muchos casos el derecho a la salud sea negado por un lógica mercantil. Más paradójico resulta ser, cuando su estructura financiera proviene prácticamente del recaudado por el estado, ya que la mayoría de los recursos provienen de las instituciones públicas y la función de la empresa privada es administrar estos recursos donde tienen que operar para generar utilidades por medio de la función lógica de reducir costos. A través, de un desmejoramiento en la prestación del servicio pretendiendo que la salud puede ser un bien en el cual se pueda producir como cualquier objeto. Finalmente, la situación es precaria en todo los sentidos porque aparte del desmejoramiento social del servicio, los contratos y los trabajadores que están dentro del sistema se encuentra ante la difícil situación del no pago de sus salarios. Por último quizás lo más notable del sistema, la corrupción que carcome como un virus no para de saciarse. Es lo más notable y crítico debido al continuo desangre de los recobros de medicamentos al FOSYGA. La situación pudiera ser un problema de economía y normatividad, pero no todo se puede acoplar a unas reglas que permitan el desarrollo del juego, ya que la relación económica trasciende y comprende los límites de la ética.

---

<sup>64</sup> **Ibíd.** Pág. 69-75.

### 3. La salud mercantil y el derecho a la misma.

*“El arte de gobernar generalmente consiste en despojar de la mayor cantidad posible de dinero a una clase de ciudadanos para transferirla a otra”*  
(Voltaire)

La configuración del sistema de salud se fundamenta en las dinámicas que establece el mercado, en ese sentido el modelo se basa en los lineamientos económicos que operan en las interrelaciones de la oferta y la demanda. Este juego que está en las manos del capital privado configura la prestación del servicio y es el garante del derecho a la obtención. El dominio y la intervención del estado queda en libre juego del “*Laissez- Faire*”. Por ello, no es más que observar la cantidad de EPS públicas y privadas para darse una idea del poder económico que está ligado a la masa del capital privado y al desmejoramiento de la infraestructura pública.

La mercantilización radica en la manera en como la economía ve la salud, en el dominio de un costo que trasciende en el bienestar de la población. Ante esta complejidad, el estado reconoce unos derechos fundamentales que buscan la dignificación del ser humano y que pertenecen a los derechos ciudadanos. Pero las apreciaciones individualistas y en consecuencia la toma de decisiones acarrear un sistema complejo que interconecta economía-sociedad que conlleva a una funcionalidad enmarcada en los problemas sociales y que ocurren como consecuencia misma de la mecanización del sistema.

En consecuencia la marginalización de la sociedad es un efecto que trae consigo el fenómeno económico en su globalidad. Las normas éticas que adquiere el modelo económico están sustentadas en los dominios de la esfera individual, ya que se fundamentan en el carácter egoísta racional que tiene como punto de

partido al ser humano como su centro, en lo que respecta a la denotación de una supuesta “libertad individual”, en la cual se basa como un principio justo y una predilección al libre desarrollo para alcanzar el bienestar.

En ese sentido, los estudios económicos en salud o la economía de la salud se apoya en las herramientas técnicas que ofrecen los análisis económicos en los delineamientos del mercado y los procedimientos administrativos que conducen a la maximización de la utilidad o de las ganancias. Con ello, los problemas se reducen a la incertidumbre de la información o las asimetrías que existen en el mercado, en los estudios de barreras de acceso al servicio, relaciones de agencia, riesgo moral, los problemas de agencia, demanda inducida entre otros temas<sup>65</sup>.

Por lo tanto, las aproximaciones cuantitativas obedecen a la lógica de optimización de los recursos en funciones de agente económico. En el cual, la teoría de capital humano va inmersa en la rentabilidad que genera el desarrollo de las capacidades físicas o psíquicas que adquiere cada individuo y que en el desarrollo de la disciplina de la salud se plantea que las personas toman decisiones para maximizar su salud, porque se supone que una persona saludable tiene mejores ingresos que una persona enferma.

Catalogando la salud como un bien que se puede acumular que opera en la lógica mercantilista, como consecuencia de los conceptos de insumo producto que está sometido el ser humano en la teorización de capital humano. Lo cual, suele tener interrelaciones que entorpece el derecho a la misma. Podría justificarse que la salud no se escapa de la dinámica del mercado porque los adelantos científicos y técnicos que abarca el campo de la salud son altamente costosos y por lo tanto devendría el debate de cómo financiar la salud de las personas. Mediante la responsabilidad estatal o la iniciativa privada, caracterizaciones que tienden proyectarse mediante la postura o la lógica que se sintetizan en la manera en cómo opera el sistema de salud.

---

<sup>65</sup> **RESTREPO ZEA**, Jairo Humberto. *“Introducción a la economía de la salud en Colombia”*. Colombia. Universidad de Antioquia. 2008. Pág. 63

Este capítulo finalizara con las perspectivas de la teoría económica y el objeto económico de estudio de la salud. Para podernos acercar más a la esencia de la ley 100 y proseguir con los efectos que trajo como consecuencia la liberalización del sector. Finalizando con una reflexión desde la ética misma del sistema y las conclusiones que suelen devenir a lo que se denomina el sistema de salud colombiano y sus implicaciones o efectos que hay en Santander.

### **3.1 El alcance de la economía en la salud como un objeto.**

En los ámbitos de lo que se considera como bienestar y/o responsabilidad del estado se inmiscuyen conceptos que se basan en ideologías que buscan solo la manera de alcanzar la mayor prosperidad para la sociedad. En ese sentido la fundamentación teórica y práctica de la economía está en las bases del liberalismo y que tienen sus raíces y aportaciones desde la aparición de A. Smith. Todo este desarrollo teórico que se traslada en las relaciones del mercado cimentado en el individualismo como diría el mismo A. Smith en su metáfora de la mano invisible. La base ideológica en su operar científico y técnico cataloga las leyes universales del mercado, en ese sentido el “*Laissez faire*” ley que se propaga como un dogma tiene como alcance la desvinculación estatal en la economía, donde su acción queda determinada como un ente garante del desarrollo del sistema a través de los mecanismos de coerción.

Por lo tanto, la teoría económica gira en torno a la explicación del fenómeno de los precios y la relaciones interconectadas que hay entre lo que se ofrece y lo que se demanda. En el sentido dinámico sin tener en cuenta las complejidades sociales, en ello radica precisamente la dificultad del sistema de salud y los alcances de los estudios económicos en esta rama del saber.

En el transcurso del desarrollo técnico y científico y los alcances en la rama de la medicina, el cual su objeto de estudio es la apreciación del cuerpo humano y la curación del mismo conllevan que los tratamientos sean costosos y de difícil

acceso. Lo cual, incidirá en la manera de cómo sufragar los costos en la atención de la salud por medio de mecanismos que estén dentro del mercado y que se puedan auto sostenerse en el tiempo. La razón en la cual se debe desarrollar un modelo que tenga como principal característica la financiación es porque los recursos son escasos y se debe procurar en satisfacer su uso por medio de la eficiencia.

De esta manera los análisis quedan expuestos a maximizar la salud de la sociedad, basándose en las valoraciones individualistas y de las expectativas que se generan por acceder a este derecho. El egoísmo, los intereses de ciertos grupos estatales y privados, las tendencias sociales, etc. Apuntan al servicio de las estructuras económicas al margen mismo de lo que “*vale*”. La tendencia de catalogar todo como un objeto que se pueda intercambiar y pueda ser obtenido a través del dinero, catalogando al individuo como un “recurso humano” que se capitaliza con el transcurso del tiempo y ofrece rendimientos económicos por medio del perfeccionamiento o mejoramiento de sus capacidades o cualidades, llamado capital humano.

La complejidad del mecanismo de acción entra en una perplejidad que transfigura los límites accionantes de la ética, pues en ese sentido el dilema queda reducido al accionar economicista. Con ello, el planteamiento económico atado al pensamiento liberal donde el mercado es el actuante y el garante a través de los mecanismos de competencia. En términos generales, la salud es un bien en el cual espreciado por la sociedad pero que tiene un costo económico y que debe ser asumido por la colectividad. Configurando un escenario envuelto en la trivialidad de lo que se denomina derecho a la salud, pues en ese sentido como lo demanda la constitución, el estado debe ser garante y prestar la atención en salud. Pese a lo deseable o a lo que debería ser, la salud se rodea en la mecánica del mercado porque esta confluida dentro la globalidad de las relaciones entretejidas hacia lo económico. Las preguntas partiendo de esta realidad son: ¿quién, cuándo, y en qué condiciones quedará por fuera en el proceso de

racionamiento? Y ¿qué actor está revestido de la legitimidad necesaria para tomar estas decisiones trágicas?

### **3.2 La lógica y las determinantes acciones políticas gubernamentales hacia la preponderación del capital privado**

El otorgamiento y la dinamización del capital privado en base al negocio de la ley 100 están configurados dentro del andamiaje “científico-técnico” de los postulados de la competencia perfecta. Porque se creer-ería que por medio del mercado los usuarios usaran detalladamente el razonamiento de costo beneficio en la suministración de los servicios que las EPS ofrecieran dentro de los lineamientos de la competencia, la cual incitara a que las entidades estuvieran siempre atentas en las señales del mercado para perfeccionar o brindar un mejor servicio al “cliente”. Pero, tal idealización no se pudo llegar a concretarse debido a que los individuos no poseen toda la información necesaria para llegar a tomar las decisiones correctas basadas en las tendencias de mercado.

El poder o el negocio que hay en las EPS es monumental, para darnos una idea basta con revisar los rankings de las empresas más grandes del país. Para el 2004, en la revista semana (numero 1147) Saludcoop, Coomeva, Colsanitas medicina prepagada, Susalud, y Salud total. Estuvieron dentro de las 100 empresas más grandes del país, donde la primera factura alrededor \$ 2.023.985 mil millones de pesos. Tendencia que se evidencia actualmente no con el mismo predominio de las mismos nombres de las empresas anteriores, pero que hoy en día están dentro de las 100 más grandes del país, donde para el año pasado la Nueva EPS y Coomeva facturan por encima de los \$ 2 mil millones de pesos (Semana, 2012). Solo para tener una cuantificación del negocio.

Varios son los factores que facilitaron la expansión del beneficio económico de las EPS privadas; 1) El principal y el más polémico es el derecho a la intermediación financiera de las EPS a través de la ley 100, donde se ha podido demostrar que

especulan con el dinero captado de los cotizantes<sup>66</sup>. 2) el antiguo desmantelamiento de afiliados al antiguo seguro social (hoy llamado Nueva EPS) donde hubo una precipitada reducción de ingresos debido a la imposibilidad de afiliar nuevos usuarios, causándole una selección adversa con alta retención a la población mayor y de pacientes con tratamientos de alto costo. 3) Con la complicidad del gobierno o con el contexto jurídico necesario, las EPS privadas desarrollaron un crecimiento vertical que les permitió enlazar y controlar gran parte de la cadena de producción en salud, con sus clínicas privadas se vendían a sí misma la atención del “servicio” pudiendo controlar los costos y gastos que genera la prestación.

Resulta paradójico que dentro del esquema propuesto por la ley 100 donde debe primar la competencia, el resultado haya sido desproteger lo público o achicarlo a un mas. Debido a que la Superintendencia Nacional de Salud impidió por tres años y medio el ingreso a nuevos afiliados al antiguo seguro social para con el fin de agilizar y dinamizar los afiliados a las EPS privadas<sup>67</sup>. Situación que se agravaría por la selección adversa en el seguro social debido a que los pacientes afiliados tendrían tratamientos de alto costo según el documento CONPES 3219 del 2003. En 1998 el seguro afiliaba en el régimen contributivo el 94% de los pacientes de alto costo. Durante este periodo el ISS hoy llamado la Nueva EPS, los recortes financieros estaban atados a la pérdida de usuarios y la operatividad del sistema ya que tenían dentro de su red afiliados beneficiarios de alto costo reportando un déficit que para el año 2006 ascendía \$500 mil millones de pesos

---

<sup>66</sup> Diario El Espectador.com **(en línea)**. Saludcoop en lío por \$627.000 millones que tiene que devolver. Sesión Salud. 19 de febrero de 2010. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo188677-saludcoop-lío-627000-millones-tiene-devolver>.

<sup>67</sup> VILLAR C, Luis Ángel. (Recurso electrónico). Centro de Estudios del Trabajo (CEDETRABAJO) “LA LEY 100: EL FRACASO ESTATAL EN LA SALUD PÚBLICA”. Pág. 5. (PDF). Disponible en: [http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La\\_Ley\\_100\\_el\\_fracaso\\_estatal\\_en\\_la\\_salud\\_publica.pdf](http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La_Ley_100_el_fracaso_estatal_en_la_salud_publica.pdf).

deteriorando el sistema y profundizado a un mas por las fuertes críticas hacia la atención de usuarios y la calidad prestada del servicio de salud<sup>68</sup>.

La respuesta gubernamental enmarcada con las políticas neoliberales en su accionar debería tener auto-sostenimiento, el antiguo seguro social debería asumir el rol de una empresa que debe sostener los gastos por medio de la venta de servicios de salud. Lo cual, se debe facturar lo necesario para que los centros de salud del ISS puedan funcionar, escenario que en el 2.004 por determinación del gobierno la red de centros de salud del ISS tendría un 35% menos de presupuesto conllevando a una reestructuración basada en un recorte de personal, situación que se ve reflejada en el hospital universitario de Santander y que para después de cinco años en el 2.009 tiene un deuda de \$17 mil millones de pesos.

La complicada situación y el continuo déficit presupuestario conlleva a una reestructuración en los hospitales públicos. Las medidas tomadas entraron en choque debido a una situación enmarcada en la prestación del servicio y que se ve reflejada en una pésima atención y de muy baja calidad. Tal agravante tendría consecuencias en la fuga de usuarios y para el 2.003 cerca del 23% de los afiliados se retiraron por producto de la mala operatividad del ISS, también influye el creciente desempleo<sup>69</sup>. La falta de interés del gobierno nacional hacia el apoyo de la infraestructura pública en salud asumida desde una visión estatal, enmarcada en un contexto de mercado repercutirá en la esencia misma de la salud, pues más que un derecho se ha convertido en un negocio que opera con la lógica de la ganancia donde como en todo empresa está en función de los ingresos y los costos.

---

<sup>68</sup> **CONPES DNP 3456-DIFP-DDS-PRAP-MINPROTECCION-MINHACIENDA.** (en línea). Enero 15 de 2007. Bogotá. Disponible en:

[http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/conpes\\_dnp\\_3456\\_2007.htm](http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/conpes_dnp_3456_2007.htm)

<sup>69</sup> <sup>69</sup> **VILLAR C, Luis Ángel.** (Recurso electrónico). Centro de Estudios del Trabajo (**CEDETRABAJO**) "**LA LEY 100: EL FRACASO ESTATAL EN LA SALUD PUBLICA**". Pág. 6. (PDF). Disponible en:

[http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La\\_Ley\\_100\\_el\\_fracaso\\_estatal\\_en\\_la\\_salud\\_publica.pdf](http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La_Ley_100_el_fracaso_estatal_en_la_salud_publica.pdf).

La dimensión del problema y la manera en como el estado ha intervenido en lo concerniente al marco de la ley 100 deja de un lado el beneficio social que contrae el desarrollo y el manejo que se tiene a la salud en la constitución política, hacia una concepción de derecho privado. Todo lo contrario es lo que hay actualmente, el modelo plantea y dinamiza una generación de recursos por medio de la rentabilidad donde el capital privado es el corazón y el administrador del sistema, resulta paradójico esta visión debido a que la mayoría de los recursos con que se financia el sistema provienen de las aportaciones que hacen las personas en general y que están dentro del contexto estatal, convirtiendo los recursos de la salud en un sistema financiero que debe abarcar cierta responsabilidad social pero que mas sin embargo su esencia sigue siendo el capital.

Dentro de Los análisis gubernamentales conjeturan la crisis del sistema de salud hacia los aspectos microeconómicos basados en una información asimétrica, en ese sentido las reglas de juego cambian constantemente en lo relativo de la regulación del sistema por parte del estado. Existe un alto número de decretos, resoluciones, y circulares, en donde en algunos casos son bastantes contradictorios generando confusión e incertidumbre. Durante lo que lleva la ley 100 hasta el 2.010 se han generado más de 630 normas que pretenden regular el sistema<sup>70</sup>. En ese sentido las interpretaciones que se le dan a las normas quedan atadas a la acción individual. Por ejemplo; constantemente el gobierno viene haciendo un seguimiento a las personas que se encuentran dentro del régimen subsidiado alegando que existe una selección adversa en los beneficiarios, porque se tiene la evidencia que aproximadamente el 30% de afiliaciones pueden ser fraudulentas debido al uso clientelista del sistema de beneficiarios (SISBEN), que permite afiliaciones de personas con capacidad de pago.

---

<sup>70</sup>**PROCURADORIA GENERAL DE LA NACIÓN, CENDEX, Y USAID. “FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** (Recurso electrónico) Seguimiento y Control Preventivo a las Políticas públicas”. Bogotá 2012. Pág. 93. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud%281%29.pdf>

Mientras que el control y vigilancia la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) no ha podido ejecutar la suficiente capacidad para el control y el seguimiento de los recursos. Donde la entidades territoriales y otras entidades de vigilancia sigue siendo débiles en su actuar, quitándoles funciones en la recolección de datos de los registros individuales de la prestación del servicio de salud, es decir no se ha podido llevar un control a los administradores y prestadores del servicio al detalle. Debido a que la resolución 2546 de 1.998 estableció que las IPS deben enviar la información a las administradoras de los planes de beneficios (EPS) para que estas captan, reciben, y envían la información al Ministerio de salud y protección social. Por medio de un registro en red, esta información no posee ningún tipo de verificación por alguna entidad territorial.

La problemática pasa por la fundamentación en la que se rige el modelo de salud, debido a los inconvenientes en la existencia del mercado y la respuesta estatal basándose en la neutralidad y en la distribución que asigna el mercado. La política de salud y su respuesta institucional es muy corta o casi nula en su intervención como órgano de control. Es más, se podría llegar incluso a pensar que la noción de la responsabilidad del estado a perdido toda esencia, ya que en su aparato político y ejecución están al servicio del poder o de las castas que se benefician del actual sistema, aunque se quiera considerar que exista la preferencia por el interés general.

Pudiera ser que el modelo político-económico sea el causante en la manera en cómo se ejecuta las políticas públicas entorno a la salud, pero existe la complejidad que en la actualidad el modelo político no está en discusión. Lo cual, las entidades gubernamentales solo se limitan a configurar un esquema institucional que pueda sobrellevar o minimizar aquellos puntos donde el mercado distorsiona y genera el desbalance social, es decir el modelo ni se tocara ni el gobierno pretende estructurar su funcionamiento solo se limitara a crear entes que

puedan regular el sistema reconociendo ciertos alcances sociales que pueda generar la dinámica del modelo de salud.

### **3.3 Generalizaciones de los servicios de salud Santander.**

La siguiente información de los datos que comprenden el acceso a los servicios de salud son los brindados por la encuesta nacional de salud nacional para el año 2.007 quien para el caso del Santander se encuentra disponibles en el informe de salud resultados por departamento, cabe destacar que los resultados no presentan cierta confiabilidad debido a su alto error estándar de aproximadamente del 50%<sup>71</sup>. Según el informe los resultados obtenidos el mayor porcentaje de usuarios de consulta externa son las mujeres con 64,1%, mientras que los hombres están alrededor de un 35,9%, para los servicios de hospitalización el 56,8% las mujeres y el 43,2% los hombres.

Como era de esperarse la mayor población usuaria del servicio se encuentra en el área cabecera municipal con un 97%, donde los problemas de atención son para aquellas personas que se encuentran por fuera de la municipalidad.

Respecto a la comparación nacional en Santander hay un 3,8% del total de usuarios con respecto a los usuarios nacionales, alcanzando una tasa del 93,6% en afiliación (R contributivo y R subsidiado).

El principal motivo de consulta para las personas en la prestación del servicio son las enfermedades físicas agudas o de malestar general de aparición reciente 36,8%, seguidas con malestar general de larga duración con un 32,5%, y en un tercer lugar se ubican las de atención preventiva con un 12,5%. En cuanto al uso

---

<sup>71</sup> **MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.** *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007, RESULTADOS POR DEPARTAMENTO SANTANDER.* Enero del 2009. Bogotá Pág. 14. (PDF). Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud%281%29.pdf>

del servicio por violencia es de una proporción relativamente baja con un 0,1%, y en último lugar se encuentran aquellas de estética con un 0,003%.

En cuanto la libertad de elección para acudir a la institución que le brinde el servicio en el momento de consulta externa, el 38,4% de los usuarios pudo escoger la IPS que más le convenga y el otro 61,6% solo aquella IPS que estuviera contratada por la EPS en donde este afiliado el usuario. Las personas que tienen mayor libertad se encuentran en el régimen contributivo con un 40,3% y en el régimen subsidiado es de 31,9%.

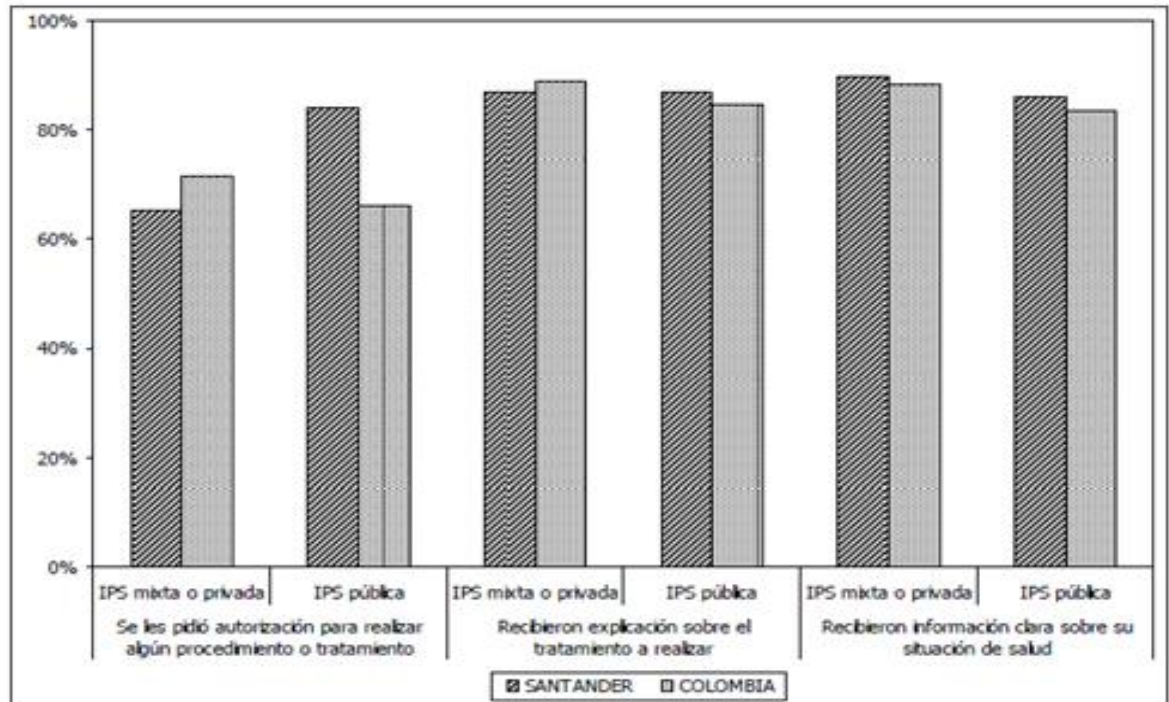
Dentro de los usuarios que va a consulta externa y tienen la oportunidad de elegir el profesional de su preferencia para su tratamiento es de 34,4%. El 83,4% pertenecen al régimen contributivo, el subsidiado tan solo el 13% y el 2,8% a los no afiliados. Dentro de este mismo rango, las personas que tuvieron que tener una autorización para que pudieran tener acceso al tratamiento que pretendían hacerse, el 73,9% de los usuarios de consulta externa tuvieron que solicitar una autorización para poder acceder al tratamiento. El 62% del régimen contributivo obtuvo la autorización, y en el subsidiado el 33,2%.

Dentro de los rangos más comunes en la ofuscación para poder acceder al servicio de salud, se encuentran mecanismos de barrera que entorpecen la necesidad de urgencia. En ese sentido en Santander; tanto para las IPS públicas y privadas las consultas externas necesitan autorización por encima del 60% para recibir el servicio.

Pero más difícil y precaria resulta la atención para cuando el servicio se necesita con urgencia o en aquellos casos que hay riesgo de perder la vida, ya que por encima del 60% en la atención brindada en la IPS se necesitaba alguna autorización, por ultimo llama la atención que para Santander las IPS públicas son las que ponen más barrera de acceso en promedio a nivel nacional como se puede evidenciar en el siguiente grafico.

Grafico 6.

**Usuarios de Santander que acudieron a servicios de urgencias o de hospitalización (%) de acuerdo al tipo de información recibida y según naturaleza de la institución donde fueron atendidos**



Fuente: Ministerio de salud y la protección social.

El modelo de salud en Colombia es coherente con las políticas emprendidas conforme a la estructura funcional del estado, la descentralización y la liberalización. Esta última está en escena y su modelo de desarrollo no es puesto en duda. Aunque la situación actual del modelo pudiera parecer ser de profunda crisis, el estado no cambiara su visión en su ejecución política, en esa medida la descentralización y el mercado es la política pública que opera como órgano central en la asignación necesaria para su funcionamiento. La implicación de los criterios de mercado implica que no haya un subsidio directo a la oferta sino que estos sean distribuidos a nivel individual asignados en la demanda a través del SISBEN, lo cual significa que los hospitales tengan que autofinanciarse por medio

de la facturación que ellos produzcan o la venta de sus servicios y no recibir transferencias directas del gobierno central como se hacía antes.

### **3.4 El gobierno y la discusión de la reforma de la salud**

El modelo de salud colombiano está en crisis actualmente y la intervención gubernamental girara en los lineamientos de la economía política “liberal”, tanto es así que los principios de la discusión del manejo de los recursos públicos de la salud están en función en los mecanismos institucionales de control. Dándole a esta reforma el carácter de neutralidad porque está dentro de las normas y fundamentos teóricos en el manejo estatal. Pero su esencia sigue siendo la misma confiriéndole la responsabilidad a los mecanismos de mercado bajo un esquema regulatorio que según nuestros políticos contenga carácter universal y de derecho el nuevo esquema de salud.

La representación gubernamental no estima la necesidad de reestructurar la salud básicamente porque se pudo aumentar la cobertura, cerró la brecha entre ricos y pobres, brindo a la población un mejor acceso a los servicios de salud y aumento la protección financiera de los usuarios<sup>72</sup>.

En ese sentido la ley 100 ha cumplido una serie de objetivos que estaban dentro de las perspectivas establecidas durante la reforma que cumplirá 20 años de su implementación. Sin embargo, el desarrollo del modelo derivo en diferentes problemas concentrados en el quebrantamiento o la transgresión con los incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en desmerito de los

---

<sup>72</sup>**MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.** Exposición de motivos del proyecto de ley. **“POR EL CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS MEDIDAS”**. 2013 Abril. Bogotá. Pág. 1-7. (PDF) Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>

objetivos de salud de la población. Es decir, la esencia del modelo de salud se transfiguro hacia escenarios en donde los ingresos y la utilidad importan más que la salud de las personas. En consecuencia se han generado tres situaciones que según el gobierno atentan contra el modelo. *“primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutiveidad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutiveidad de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad<sup>73</sup>”*.

En síntesis la complejidad del modelo de salud se ha convertido en una problemática relación entre los agentes que actúan dentro del sistema (IPS, EPS, usuarios y beneficiarios). Ello desembocó en grandes huecos financieros, altos costos de transacción, barreras de entrada para acceder al servicio de salud, uso indebido del dinero de la salud, y los recobros de medicamentos al FOSYGA. Hicieron que en el contexto institucional de la legitimidad del modelo quedara en serias dudas por parte de los usuarios y de la población en general.

También hay que denotar las brechas desiguales entre regiones, debido a que la inequidad en cuanto al desarrollo de las regiones pesa mucho en la percepción de estado de salud de las personas en el entorno nacional, esta misma tendencia se demarca a nivel regional entre la población urbana y regional. Por ejemplo; en el contexto nacional el 34% de la región pacífica creen percibir una mala salud que en Bogotá 22%, y en lo rural es del 34,1% con respecto a lo urbano del 22,5%.

Según en la ECV 2010 las regiones donde la percepción de salud es deteriorada (Pacífico, Orinoquía, y Amazonía) hay una menor detección de enfermedades

---

<sup>73</sup> **Ibíd.** Pág. 7.

crónicas, derivadas del acceso limitado a los servicios de salud por las diferentes barreras (geográficas, culturales, o económicas). Una de las principales barreras para acceder al servicio de salud tiene que ver con el escenario geográfico de atención en salud, pues debido a la dificultad de las distancias unido al costo del transporte configura una limitación en el acceso al servicio de salud. Para el 2011 en la ECV el 16% de la población rural no pudo tener atención oportuna en la necesidad de salud a causa de la distancia. Debido a que en algunos casos la dispersión poblacional está distribuida entre grandes recorridos conforme a los centros de salud cercanos, como consecuencia del entorno geográfico. Tanto las EPS como las IPS tienen un beneficio económico porque los usuarios no hacen uso del servicio.

Las barreras económicas es otro ejemplo en el deterioro del sistema por la ponderación de poderes de mercado, debido a que el desarrollo del sistema condujo a la consideración de ineficiencia entre EPS e IPS esquematizando la generación de monopolios bilaterales.

Por otra parte la ejecución en la asignación y reparto del dinero instaaura demoras en los pagos de las EPS a las IPS. Lo cual ha generado grandes deudas para algunas prestadoras provocando que las IPS no puedan costear y pagar sus deudas a sus acreedores, repercutiendo en la calidad y la prestación del servicio de salud.

A parte de los dineros que no pudieron llegar a los prestadores de salud y las limitaciones geográficas, están los tramites excesivos para recibir atención. Esta barrera administrativa sucede en dos escalas; la primera en la relación asegurador-prestador-paciente y en la segunda FOSYGA y EPS. En cuanto a la primera barrera de entrada es cuando en los momentos en que el usuario necesita un servicio la IPS le solicita una serie de documentos que acredite dicho tratamiento por medio de la aprobación de la EPS. La segunda barrera de entrada es por el mal manejo de la información entre la EPS y el FOSYGA, por ejemplo. Cuando una persona del régimen subsidiado resulta obtener un empleo, el

individuo necesita cambiar su régimen al contributivo. En el momento en que la persona termina el contrato del trabajo, tendrá problemas para volver al antiguo régimen porque hasta que la EPS no reciba el último giro por compensación, la persona no podrá afiliarse al régimen subsidiado hasta que la EPS no lo libere. Mientras ese trámite surge efecto, el usuario y su familia quedan desprotegidos.

Otro de los temas espinosos en el actual modelo de salud es el que acarrea los medicamentos. Sobre todo la no actualización del no POS ante los cambios ocurridos en el contexto general de salud de las personas<sup>74</sup> ello conlleva a la ampliación de beneficios a través de las tutelas y dio origen a lo que se denomina gasto no POS, concepto que no fue establecido en la ley 100. En la sentencia T-760 y otras anteriores establecieron lineamientos en la forma en cómo se debía proveer estos bienes y servicios. En donde en los últimos años ha tenido una tendencia creciente en el gasto y sin ningún control envuelto alrededor de múltiples intereses de este fenómeno.

En síntesis el aparato gubernamental alrededor del ministro de salud y protección social configuran que el modelo de salud tiene avances importantes en cobertura, accesos a servicios, equidad y protección financiera. Pero debe haber cambios en la estructura del SGSS que atentan contra la sostenibilidad del sistema, debido a los problemas mencionados anteriormente.

Dentro de la propuesta gubernamental se tiene; lo primero es unificar y crear una sola entidad que pueda hacerse cargo de afiliar, recaudar, administrar, y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud. Para poner fin a la intermediación y que se espera responder a cuatro problemas: En primera mediar la difícil dispersión de las fuentes de financiación del sistema ya que el dinero que se giraba para el financiamiento de los servicios de salud estaban interrelacionados entre diversas fuentes que actúan en la asignación, lo cual hacía difícil el control. El segundo las dificultades operativas del FOSYGA. El tercero los

---

<sup>74</sup> Actualmente el gobierno está haciendo un esfuerzo en categorizar las enfermedades que aquejan la población general del país, a través del plan decenal de salud como política de salud pública para proyectar las posibles causas y enfermedades que atravesara el país en diez años.

costos administrativos del FOSYGA y los procesos delegados de las EPS. Cuarto las dificultades de afiliación, en el recaudo y en el pago de los prestadores.

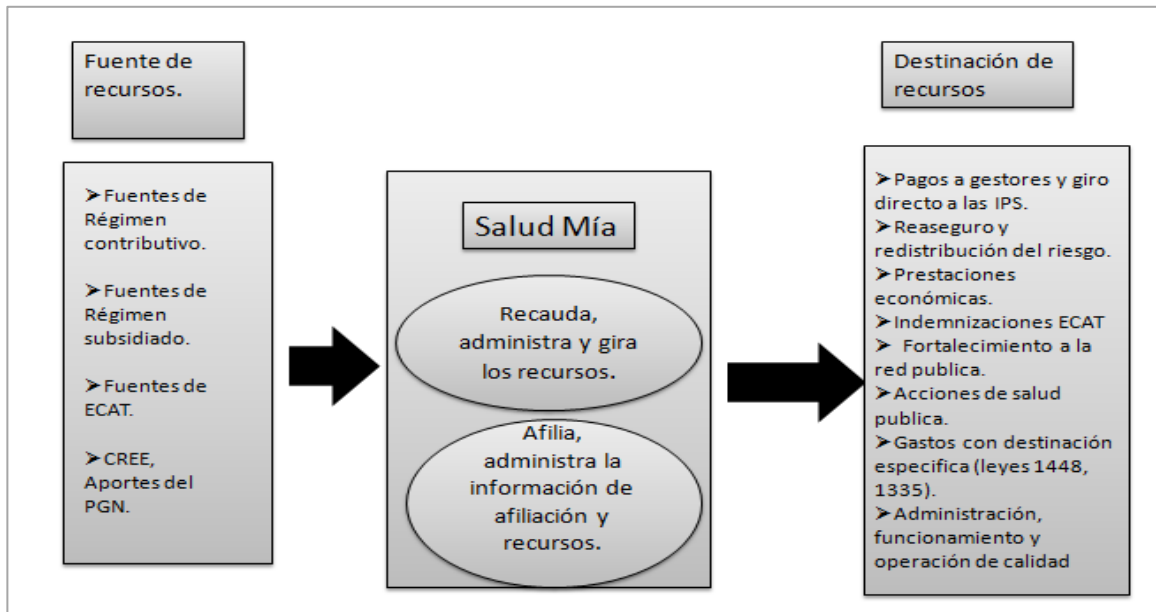
La creación de un único fondo está dentro de la coherencia en la igualación de los dos regímenes, ordenada por la corte constitucional y puesta en práctica el año anterior. Donde el régimen contributivo ya no se financiara mas con las contribuciones que se hagan de los afiliados y el subsidiado con impuestos generales, sino que todo estará manejado por medio un solo fondo que obedecerá a la sentencia de la corte, para hacer mas practico los recaudos. Lo cual hará reducir ampliamente los macro-procesos que maneja el FOSYGA, con la puesta en escena de Salud-Mía. Aproximadamente el 25% de los macro-procesos se eliminaran y el 8% se simplificarían. Generando una mejor dinámica y productividad en la respuesta institucional, por ejemplo; en la información que maneja el gobierno *“La conciliación que debe realizar mensualmente por cada EPS. A diciembre de 2012 de un total de 1.916 periodos, tan solo se había logrado conciliar el 9% (171 periodos), según información del Sistema Integrado de Información del FOSYGA<sup>75</sup>”*. Otra ventaja que traerá la nueva institución es el ahorro en los costos administrativos en un 57% los cuales ascienden alrededor de los \$55 mil millones de pesos para el 2012.

En donde la nueva institución Salud Mía será el órgano central que asignara el dinero de acuerdo a la destinación de sus usos y el FOSYGA quedara liquidado como consecuencia de esta nueva entidad. (Ver diagrama).

---

<sup>75</sup>Ibíd. Pág. 21.

Diagrama 1.



Fuente: Ministerio de salud y protección social.

En síntesis esta nueva institución se encargara de quitar la intermediación financiera de las EPS porque no manejaran dinero, solo estarán a cargo del gestiona-miento y mejoramiento de la salud de la población.

La desaparición de las EPS tendrán un nuevo marco legal y serán liquidas con la entrada en escena de la reforma en salud. Se pasaran a llamar Gestores de Servicios de Salud (GES). Las ganancias de estos actores provienen de lograr buenos resultados en salud, gestionar el riesgo en salud de la población afiliada y contratar de manera eficiente los prestadores de salud. Quitándoles el manejo financiero a través de la UPC. La ley contempla la obligación a que los GES concentren su operación en áreas de gestión territorial, concentrando esfuerzos en una región específica para poder satisfacer las necesidades de salud dentro de un área determinada. Para que no vuelvan a existir EPS que operaban con muy pocos afiliados y que no prestaban servicios debido a las limitaciones geográficas. En cuanto al poder monopólico se ha querido cambiar la manera en como las EPS contratan servicios de las IPS debido a la prohibición de la integración vertical. Esta medida se toma para poder así disminuir los riesgos y conflictos de intereses.

La política de medicamentos estará sujeta al plan de beneficios que ofrecerá Mi-plan, tendrá una nueva arquitectura en cuanto a la distribución de medicamentos debido que se harán especificaciones de la sustancia activa para que hayan medicamentos sustituibles para la necesidad de curación. Un ejemplo nos pudiera ayudar entender el alcance de esta nueva política en medicamentos: *“actualmente el acetaminofén en jarabe hace parte de POS pero el acetaminofén en gotas es No POS. La efectividad de las dos formas farmacéuticas es idéntica. Sin embargo, la posibilidad de recobrar el acetaminofén en gotas incentiva su prescripción<sup>76</sup>”*. El gobierno lo que quiere reducir es la selección adversa que exista en las prescripciones medicas y que han hecho parte del vasto problema del recobro de los medicamentos, a través de las especificaciones de la sustancia activa lo cual tendrán que estar detalladas dentro del plan de beneficios que ofrecerá Mi-plan para que pueda haber sustitutos en el procedimiento de las recetas medicas.

La nueva ley y los escenarios que plantea hacen parte del concepto neoliberal del esquema estatal, pues ningún de sus principios se tocan. El mercado sigue siendo el órgano más importante del accionar de la salud en Colombia, aunque con esta nueva reforma lo que se pretende es organizar y poder someter las irregularidades que carcomen el actual sistema. Los planteamientos actúan de manera coherente y el esquema gubernamental a través de la responsabilidad institucional como órganos de control debido a que la reforma ha conferido más poder a estos órganos y ha quitado poder económico a las EPS como por ejemplo que no puedan hacer integración vertical. Como ya se ha mencionado antes el modelo económico no se toca ni hay pretensiones políticas en querer hacerlo así que el manejo estatal y particularmente la salud estará actualmente sometido a un orden institucional en el cual se espera que ponga un cierto orden y que pueda haber limites en cuanto la apropiación, asignación, distribución, y ejecución de los recursos en salud.

---

<sup>76</sup> **Ibíd.** Pág. 28.

#### **4. Conclusiones y consideraciones finales**

La actual situación regional es homologa a la tendencia nacional, sin desconocer los meritos de la ley 100 en los avances en cobertura, la protección financiera a las personas con menos recursos y un mejor acceso a los servicios de salud.

Evidentemente hay una mejora en los aspectos sociales que la ley 100 planteo dentro de su implementación. Pero, existe una distorsión en la infraestructura pública o un desmejoramiento en los hospitales a causa de la dinámica que conlleva la vida de esta ley, también existe una confusión entre derecho a la salud y servicio debido a la configuración e implementación en el actual sistema de salud colombiano, pues su funcionamiento obedece a la trayectoria del mercado. Lo cual, muta en la reglamentación de un derecho económico que se basa en la compra de unos servicios y la base es una canasta donde se ofrece un plan de salud básico que debe cubrir la necesidad o la atención humana de salud.

La estructura de la salud de la ley 100 a través del paradigma del mercado y la concepción de libertad económica configuran el escenario estatal en la descentralización de la administración pública, otorgando nuevos escenarios a la acción de los nuevos actores en un marco jurídico que reglamenta el accionar del capital privado. En donde se puede conjeturar en tres aspectos centrales; 1) creo nuevos esquemas de relación, 2) la promoción de nuevos actores, y 3) transformar los viejos actores, permitiendo el dominio del mercado en la asignación y en la obtención del derecho a la salud. Este proceso que se a demarcado desde 1.993 ha fortalecido los intereses particulares y ha quedado relegado el papel de lo público como consecuencia del modos operandi del sistema.

En la complejidad y la dinámica que conjura el sistema como un todo se podría argumentar que hay un mejoramiento en la misión del campo de la salud, sin duda alguna existen las estadísticas que muestran un mejoramiento en el acceso y en cobertura. Pero si se adentra a las relaciones que se interconectan para que un

individuo pueda alcanzar el “servicio”, la dificultad radica en los mecanismos interpuestos de las EPS en medio de los tramites, como por ejemplo las juntas científicas en el estudio de un paciente que necesita atención medica de alta complejidad lo cual ha estado ligado a la relación economicista, del manejo administrativo para maximizar la utilidad y los múltiples papeleos que deben presentar los usuarios para poder acceder al servicio como mecanismo útil y reducir costos.

La estructuración y el manejo han tenido un desarrollo mercantil notable en la prestación del servicio, debido a que se evidencia el papel de los nuevos actores o agentes que permiten la estratificación del mercado. La medicina pre-pagada funciona como un plus en el acceso ofreciendo un paquete más amplio y de mejor calidad de lo que puede ofrecer las EPS, lo cual sintoniza en la lógica del mercado debido al manejo diferenciado de la calidad.

Respecto a los 20 años que cumple la ley 100, las instituciones privadas han venido evolucionando o cambiando de acuerdo a las señales que el mercado remite, han refinado notablemente su capacidad para obtener utilidades. En poco tiempo las aseguradoras se consolidaron como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial e incursionaron en la prestación directa de los servicios con lo que mejoraban sus ganancias. Enmarcado en la coherencia de la descentralización y liberalización de la economía, políticas emprendidas desde la constitución política de 1.991 que vienen a postularse dentro de los lineamientos en la salud, algunos críticos de estas reformas emprendidas desde el manejo estatal han denominado este cambio la ruptura del “estado de bienestar”, pues dentro de los teóricos económicos más sobresalientes esta Milton Friedman y toda la escuela de Chicago lanzan sus tesis de la liberalización y la reducción del estado. Desacreditando su eficiencia y cuestionando la honestidad para el manejo de los servicios de los bienes y servicios públicos. Donde la idea central del orden neoliberal subyace en la constitución política de Colombia de 1.991, aunque es un

orden constituido en el espacio nacional, según las reglas de la democracia, el proyecto constitucional se caracteriza por ser una “*constitución política del mercado total*”<sup>77</sup>. Tal escenario configuran el marco jurídico que habrá desenvolverse el estado en su obligación social. Pero el desarrollo no está ligado al crecimiento económico y no se pretende cuestionar la lógica del mercado, sino fundamentar el accionar del mercado en el nuevo escenario de la institucionalidad hacia una intervención que pueda corregir las fallas del mercado, para poder configurar y establecer un ordenamiento que supere las distorsiones sociales que genera la dinámica del mercado y es en sentido que avanza la nueva reforma del sistema de salud.

Cabe señalar que el uso ideológico de los postulados éticos económicos del sistema de salud ha establecido unos criterios de comportamiento que se presentan como condición para el beneficio colectivo, estos postulados de carácter “científico” de la economía solo permite al empresario en términos “éticos” cultivar su beneficio individual sin tener que preocuparse por la consecuencia de sus actos que puedan afectar a los individuos y sobre la sociedad en su conjunto. Radica en el individualismo que está sujeto a la mecanización de la mano invisible, configurando el ordenamiento y la jerarquización de justicia social y que en el contexto de la salud es la clasificación del mercado a través de la participación de las empresas y estructuración de orden jerárquico en la competencia de las EPS, IPS, y medicina pre-pagada.

El carácter ideológico del fuerte uso de las leyes y tendencias de los escenarios de la corriente emprendida del salvaje liberalismo que pregonaban los economistas clásicos, en referencia a ello y en la actualidad Robert Nozick defiende un estado mínimo “*limitado a las funciones de protección contra la violencia, el robo, el*

---

<sup>77</sup>**ESTRADA ALVAREZ**, Jairo. Orden Neoliberal y Reformas Estructurales en la Década DE 1990. **Un balance desde la experiencia colombiana**. Universidad Nacional de Colombia. Y Colciencias. 2006. Pág. 3.

*fraude, la violación de contratos y otros parecidos...”, pero que no debe “...usar su aparato coercitivo con el propósito de lograr que algunos ciudadanos ayuden a otros, o para prohibirle a las personas actividades en su propio beneficio o protección<sup>78</sup>”.* El individualismo en su máxima expresión ha de conferir el desarrollo de la vida al individuo, y era de esperar que la reforma de salud estuviera en una concepción individual obedeciendo a los intereses económicos de los inversionistas nacionales e internacionales en el mercado de los servicios sanitarios. Desde este punto de vista la reforma es un proceso político que responde a intereses económicos para controlar el negocio de los servicios médicos.

La confusión radica en la concepción de bienes y derechos, donde los bienes se basan en un deseo egoísta e individual que se agota en un consumo individual y que las personas estén dispuestas a pagar. Así, cuando la persona se enferma es un problema que parte del individuo. Lo cual, el modelo de salud conlleva asegurar a las personas a partir de una canasta que debe suponer el mejoramiento en la pérdida de la salud. Entonces las personas deben acudir a estas aseguradoras para que pueda brindarle este servicio para su consumo, pero como existen personas que no pueden pagar este seguro, hay un mecanismo que asegura el acceso a la salud a través de un subsidio individual que puede costear el servicio en el mercado. Dinamizando y reproduciendo la lógica mercantil, lo que hace el modelo de salud es una asimilación de derecho de propiedad que opera en un mecanismo comercial ligado a los derechos de la ciudadanía como la salud.

---

<sup>78</sup> **ZORRO SANCHEZ**, Carlos. “**ETICA, JUSTICIA E IDEOLOGIA EN EL DESARROLLO**” *Polis* (En línea). 2009. Disponible en: <http://polis.revues.org/1874> ; DOI : 10.4000/polis.1874. Pág. 12.

## BIBLIOGRAFIA.

- **Acto legislativo** 1 de 1936. Artículo 16. (en línea):  
[http://banrepcultural.org/sites/default/files/ACTO\\_LEGISLATIVO\\_1\\_DE\\_1936.pdf](http://banrepcultural.org/sites/default/files/ACTO_LEGISLATIVO_1_DE_1936.pdf)
- **CLAVIJO** Sergio, y **TORRENTE** Camila. “**EI DEFICIT FISCAL DE SALUD EN COLOMBIA: ESTIMACIÓN DE SU PASIVO ACTUARIAL**”. (recurso electrónico) Pág. 12. (PDF) Disponible en:  
<http://anif.co/sites/default/files/uploads/Pasivoactuarial-Salud%2008.pdf>
- **Comisión de Regulación en Salud – (CRES)**, (en línea). acuerdo 032 de 2012, se unifican los POS contributivo y subsidiado a nivel nacional. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47532>
- **CONPES DNP** 3456-DIFP-DDS-PRAP-MINPROTECCION-MINHACIENDA. (en línea). Enero 15 de 2007. Bogotá. Disponible en:  
[http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/conpes\\_dnp\\_3456\\_2007.htm](http://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/conpes_dnp_3456_2007.htm)
- **Constitución Política de Colombia..** (Recurso electrónico). Artículo 48 y 49. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>
- **CRESPO**, Ricardo. *La crisis del modelo neoclásico*. Económica. La Plata, Vol. XLIV 1998
- **Dane**. Información sociales, calidad de vida “Históricos, porcentajes de hogares y personas pobres y en miseria según NBI”. (En línea) 2005. Disponible en:  
[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=231&Itemid=66](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=231&Itemid=66)
- **El Espectador.com (en línea)**. Saludcoop en lío por \$627.000 millones que tiene que devolver. **Sesión Salud. 19 de febrero de 2010.** Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo188677-saludcoop-lío-627000-millones-tiene-devolver>.

- **ESTRADA ALVAREZ**, Jairo. Orden Neoliberal y Reformas Estructurales en la Década DE 1990. **Un balance desde la experiencia colombiana**. Universidad Nacional de Colombia. Y Colciencias. 2006.
- **FERRER LUES**, Marcela. *Equidad y justicia en salud implicaciones para la Bioética*. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v9n1/art11.pdf>
- **GIRALD**, Cesar. *Finanzas publicas en América Latina, la economía política*. Ediciones desde abajo. Bogotá, Colombia. 2005.
- **GOMEZ ARIAS**, Rubén Darío. *Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia*. Ponencia presentada en el seminario internacional “*El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud*”, que promovió la Facultad Nacional de Salud Pública el 9 y 10 de marzo de 2005 en Medellín. (recurso electrónico). Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/efectos%20de%20la%20ley%20100.pdf>
- **KEYNES**, John M. Conferencia Sidney Ball. (ensayo). Universidad de Oxford Noviembre de 1924.
- -----, ***Teoría general de la ocupación el interés y el dinero***. México. Fondo de Cultura Económica. 1965.
- **LÓPEZ**, Héctor Fernando. *El mito de la modernidad*. Ediciones Horfe. Bogotá, Colombia. 1997.
- **MARX**, Carlos. **El capital**. Critica de la economía política. Vol. I, editorial Fondo de Cultura Económico. 1964.
- **MENGER**, Carl. *Principios de economía política*. España. Editorial: Unión editorial. 1997.

- **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.** Circular externa 051 de 20 de septiembre de 2011. (En línea). “*La tasa total de cotización a salud, por efecto de lo establecido en la Ley 1429 de 2010, puede estar entre el 11% y el 12.5% del IBC, según la gradualidad en que se encuentre la empresa*”. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=44134>
  
- -----, Disponible en:  
[http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002\\_2011.pdf](http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002_2011.pdf).
  
- -----, Cuadros Indicadores de Prestación. 28 de Mayo del 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
  
- **MORALES SÁNCHEZ,** Luis Gonzalo. “**EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA**”. (Recurso electrónico) CEPAL. Pág. 12. (PDF) Disponible en:  
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>
  
- **MORIN,** Edgar. *Ciencia Con Conciencia*. Barcelona: Editorial Anthropos. 1984.
  
- -----, *El método 6 Ética*. Ediciones Cátedra. Madrid. 2006
  
- **NAREDO,** José Manuel. *La economía en evolución, Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico*. España. Editorial. Siglo veintiuno. 1996
  
- **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. FEDESARROLLO. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. Pág. 19. (PDF). Disponible en:  
<http://www.fedesarrollo.org.co/>
  
- **Plan de Desarrollo Santander** (2012-2015) Santander en Serio. 23 de abril del 2012. Pág. 63. Disponible en:  
<http://www.asambleadesantander.gov.co/Doc/Foro/pddsantander.pdf>.

- **PROCURADORIA GENERAL DE LA NACIÓN, CENDEX, Y USAID.** “**FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** (Recurso electrónico) Seguimiento y Control Preventivo a las Políticas públicas”. Bogotá 2012. Pág. 93. Disponible en: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud%281%29.pdf>
- **RESTREPO ZEA, Jairo Humberto.** “**Introducción a la economía de la salud en Colombia**”. Colombia. Universidad de Antioquia. 2008.
- -----, *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia.* Universidad de Antioquia. 2006.
- **Revista del observatorio de salud pública en Santander.** No. 3 (2010). **HORMIGA SÁNCHEZ, Claudia Milena.** Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, 2010. Pág. 19. Disponible en: <http://www.saludsantander.gov.co/web/>.
- **Revista Panamericana de Salud Publica. ALVAREZ CASTAÑO Luz Stella.** “EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: UNA PROPUESTA PARA SU FUNDAMENTACIÓN MORAL”. (Recurso electrónico) Publicación 18. 2005. Pág. 129 Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php/script\\_sci\\_serial/lng\\_es/pid\\_1020-4989/nrm\\_iso](http://www.scielosp.org/scielo.php/script_sci_serial/lng_es/pid_1020-4989/nrm_iso).
- **RICARDO, David.** *Sobre el valor* En: “**principios de economía política y tributación**”. Fondo de Cultura Económica. México. 1959
- **SALCEDO Damián. Amartya K. Sen.** *Bienestar, justicia y mercado.* Paidós. España. Universidad Autónoma de Barcelona. 1997.
- **SMITH, Adam.** Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. (en línea) pág. 31. Disponible en: [http://books.google.com.co/books?id=sQ1h7QrFVMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=sQ1h7QrFVMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- **Superintendencia Nacional de Salud.** “ESTUDIO IPS PÚBLICAS CORTE A 31 DE DICIEMBRE DEL 2009”. (Recurso electrónico) Bogotá D.C. Julio del 2010. (PDF) Pág. (7 9). Disponible en:  
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=0ND6hFyLkS8%3D&tabid=95&mid=478>.
  
- **VILLAR C,** Luis Ángel. (Recurso electrónico). Centro de Estudios del Trabajo (**CEDETRABAJO**) “**LA LEY 100: EL FRACASO ESTATAL EN LA SALUD PUBLICA**”. Pág. 5. (PDF). Disponible en:  
[http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La\\_Ley\\_100\\_el\\_fracaso\\_estatal\\_en\\_la\\_salud\\_publica.pdf](http://www.deslinde.org.co/IMG/pdf/La_Ley_100_el_fracaso_estatal_en_la_salud_publica.pdf).
  
- **ZORRO SANCHEZ,** Carlos. “**ETICA, JUSTICIA E IDEOLOGIA EN EL DESARROLLO**” *Polis* (En línea). 2009. Disponible en:  
<http://polis.revues.org/1874> ; DOI : 10.4000/polis.1874.

## TABLAS.

- **TABLA 1.** *Consolidación Recursos Destinados a la Salud (millones de precios y precios constantes 2010).* EN: **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. **FEDESARROLLO**. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. (PDF).Pág. 22. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP\\_hYGIDA&usg=AFQjCNEf\\_nCRr8qF-JDIdgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP_hYGIDA&usg=AFQjCNEf_nCRr8qF-JDIdgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg)
- **TABLA 2.** *Composición de los recursos destinados a la salud (millones de pesos del 2010).* EN: **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. **FEDESARROLLO**. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. (PDF).Pág. 24. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP\\_hYGIDA&usg=AFQjCNEf\\_nCRr8qF-JDIdgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP_hYGIDA&usg=AFQjCNEf_nCRr8qF-JDIdgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg)
- **TABLA 3.** *Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de cobertura en afiliación salud.* En: Disponible en:  
[http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002\\_2011.pdf](http://www.minisalud.gov.co/Documentos%20y%20publicaciones/HISTORICO%20COBERTURA%20AFILIACION%20SALUD%202002_2011.pdf).
- **TABLA 4.** *Análisis Proporcional al Régimen a nivel Municipal. (Cifras febrero a 2013).*  
**Ministerio de Salud y Protección Social.** Base de Datos. Afiliados BDUA corte Febrero de 2013. Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.

- **TABLA 5.** *Santander camas hospitalares. (cifras junio de 2010). Prestación de Servicios. Cuadro de indicadores de prestación de acceso.* (En línea). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- **TABLA 6.** *Recursos humanos en Salud. Indicadores Básicos de Salud. OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA EN SANTANDER.* (En línea). Disponible en: [http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=23&Itemid=3](http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=23&Itemid=3)
- **TABLA 7.** *Número de tutelas por no prestación de Servicios POS o POS-S - EPS (EAPB). MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.* (En línea) Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- **TABLA 8.** *Barreras de acceso a los servicios de salud según causa. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.* (En línea) Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
- **TABLA 9.** *Equilibrio operacional - IPS públicas. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.* (En línea) Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>.

## GRAFICOS.

- **GRAFICO 1.** *Participación de las subcuentas en el recaudo total del FOSYGA.* (Recurso electrónico). EN: **NUÑEZ** Jairo, **ZAPATA** Juan, **CASTAÑEDA** Carlos, **FONSECA** Milena Y **RAMIREZ** Jaime. “**LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – DINAMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS PARA EL FUTURO**”. **FEDESARROLLO**. (Recurso electrónico) Julio de 2012. Bogotá. (PDF).Pág. 22. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP\\_hYGIDA&usg=AFQjCNEf\\_nCRr8qF-JDI dgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf&ei=7uB-UcntOZHC4AP_hYGIDA&usg=AFQjCNEf_nCRr8qF-JDI dgXb7VqTpJDLng&sig2=AQcVLfCe8IApriQlgE6-tg)

- **GRAFICO 2.** *Distribución de la afiliación al sector publico Santander. (Cifras febrero a 2013).* **Ministerio de Salud y Protección Social.** Base de Datos. Afiliados BDUA corte Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.
  
- **GRAFICO 3.** *Porcentaje del Régimen del Sector Salud en Santander. (Cifras febrero a 2013).* **Ministerio de Salud y Protección Social.** Base de Datos. Afiliados BDUA corte Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.
  
- **GRAFICO 4.** *Histórico Ocupación AMB y Afiliación al R. subsidio.* DANE. (En línea) Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=66](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=66)
  
- **GRAFICO 5.** *Total SGP, Salud y Educación en Santander.* **Ministerio de Salud y Protección Social.** (En línea). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
  
- **GRAFICO 6.** *Usuarios de Santander que acudieron a servicios de urgencia o de hospitalización (%) de acuerdo al tipo de información recibida y según la naturaleza de la institución donde fueron atendidos.* **ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007 RESULTADOS POR DEPARTAMENTO: SANTANDER.** Fundación Cultural Javeriana de Artes Graficas JAVEGRAF. Bogotá, 2009.