

---

## EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA COLOMBIA 1993-2013

---

Álvaro Moncayo Medina<sup>1</sup>

### RESUMEN

Este artículo muestra el impacto que ha tenido la vigencia de la Ley 100 en la salud en Colombia. Los economistas de la salud a lo largo de los años 1990s pusieron el énfasis de sus análisis en la noción de eficiencia al equiparar la salud con una mercancía, lo que ha producido una gran inequidad en la salud. Desde los primeros años de la década de 1990, el Banco de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) impuso en los países subdesarrollados las reformas de los sistemas de salud inspiradas en la economía de mercado. Dentro de este marco, en Colombia se aprobó la Ley 100 de 1993 que rigió el sector salud durante más de 20 años hasta la aprobación de la Ley Estatutaria en Junio de 2013, que fue sancionada en febrero de 2015. Los programas estatales de salud pública sufrieron un deterioro muy marcado entre 1995 y 2012 tal como muestran varios estudios publicados en revistas nacionales e internacionales, donde se aprecia que aumentó un 62 % la Carga de Enfermedad (medida por AVISAS), la cobertura de vacunación infantil se mantiene por debajo de las coberturas recomendadas, aumentaron la incidencia de Malaria y de Dengue, de Tuberculosis Pulmonar y de sífilis gestacional y congénita, al igual que la mortalidad materna. Se observa que el impacto ha sido adverso.

Al comparar los datos sobre crecimiento económico de los países, crecimiento del ingreso per cápita y concentración del ingreso per cápita en el período 1960-1980, período en el que existía la economía tradicional, los países aumentaron más su ingreso y hubo menos concentración del ingreso per cápita que entre 1980 y 2005 cuando se implementó la economía neoliberal.

**Palabras clave:** Ley 100 de 1993, neoliberalismo, Ley Estatutaria 1751, Banco de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial), Fondo Monetario Internacional, Políticas Públicas de Salud.

---

<sup>1</sup> Md, Miembro de la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina. Profesor, Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

## EVOLUTION AND TRENDS OF PUBLIC HEALTH COLOMBIA 1993-2013

### ABSTRACT

This article shows the impact that Ley 100 has had upon health in Colombia. The health economists during the 1990s centered their analyses on the notion of efficiency as health was considered a good and not a human right. The consequences of this approach have produced a great inequity in health. From the beginning of the 1990s the World Bank imposed in the developing countries health reforms inspired in market economy. In Colombia was approved Ley 100 of 1993 that governed the health sector for over 20 years until the approval of Ley Estatutaria 1751 signed in February 2015.

The estate programs of public health suffered an important deterioration between 1995 and 2012 as demonstrated by several studies published in national and international journals. There is a marked increase of 62% of disease burden as measured by DALYS. There is an increase of incidence in Malaria and Dengue. The coverage of child vaccination is below recommendations. The incidence of Pulmonary Tuberculosis and gestational and congenital syphilis have increased. Likewise there is also an increase of maternal mortality. It can be observed that the effect has been negative.

When comparing data on economic growth of countries, increase of per capita income and concentration of per capita income between 1960-1980, when traditional economy was the rule, countries increased more their income and there was less concentration of per capita income than between 1980 y 2005 when neoliberal economy was implemented.

**Key words:** Ley 100 de 1993, International Bank for Reconstruction and Development (World Bank) neoliberalism, Ley Estatutaria 1751, Public Health Policies.

### INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es cuantificar el impacto que ha tenido la vigencia de la Ley 100 de 1993 en la salud en Colombia.

Los economistas de la salud a lo largo de los años 1990s pusieron el énfasis de sus análisis en la noción de eficiencia al equiparar la salud a una mercancía lo que ha producido una gran inequidad

en la salud. Estos profesionales necesitan pensar más en el análisis de equidad, con el fin de reducir esas inequidades. (1)

Las reformas de salud promovidas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) que se implementaron a partir de la década de los años 1990s han tenido un impacto negativo en los países que las han puesto en marcha y no han mejorado la calidad de los servicios de salud tal como veremos para el caso de Colombia.

El Fondo Monetario Internacional condicionó sus préstamos a los indicadores macroeconómicos de recortes en el sector público, la privatización y la introducción de la atención gerenciada de la salud con la intención de reducir gastos públicos y déficits presupuestales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Por ser un artículo de revisión, se consultaron únicamente los artículos publicados entre 1983 y 2009. No se consultaron publicaciones no indexadas ni literatura gris.

## LAS REFORMAS NEOLIBERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde los primeros años de la década de 1990, el Banco Mundial impuso en los países subdesarrollados las reformas de los sistemas de salud inspiradas en la economía de mercado siguiendo las recomendaciones de su Informe "Investing in Health" (2)

Dentro de este marco, en Colombia se aprobó la Ley 100 de 1993 que rigió el sector salud durante más de 20 años hasta la aprobación de la Ley Estatutaria en Junio de 2013 que fue sancionada en febrero de 2015.

Las consecuencias de la reforma del sector han apuntado a la sustitución del Derecho a la Salud por una concepción de la Salud como una mercancía junto con la privatización de la atención médica, la disminución de la financiación de los hospitales públicos y de los programas estatales de salud pública.

## PROGRAMAS ESTATALES DE SALUD PÚBLICA

Los programas estatales sufrieron un deterioro muy marcado entre 1995 y 2012 tal como muestran varios estudios publicados en revistas nacionales e internacionales, donde se aprecia que la cobertura de vacunación infantil se mantiene por debajo de las coberturas recomendadas (3), la incidencia de malaria y de dengue han aumentado (4), (5), la incidencia de tuberculosis pulmonar y de sífilis gestacional y congénita también han aumentado.

## AVADS (AVISAS)

Un AVAD es una medida de la pérdida económica debida al impacto de una enfermedad en la vida productiva de una persona y en función de la edad.

Según los datos del estudio encargado por el Ministerio de la Protección Social y realizado por el CENDEX, se constata que entre 1995 y 2005 los AVISAS perdidos en el país se han incrementado de 174,07 x 1.000 habitantes a 279,58 x 1.000 habitantes, es decir que bajo el modelo de salud impuesto por la Ley 100 de 1993, las enfermedades y la mortalidad de los colombianos han aumentado en un 62 % en el período analizado. (7)

**Tabla 1: Carga de Enfermedad en Colombia 1995-2005**

AVISAS X 1 000 (Discapacidad y Mortalidad)	1995	2005	Variación (%)
<b>TOTAL</b>	<b>174,07</b>	<b>279,58</b>	<b>+62.0</b>

Entre 1999 y 2003 la cobertura de vacunación en niños menores de 5 años ha tenido los siguientes valores:

Tabla 2. Cobertura de Vacunación (3)

Menores de 5 años con esquema completo	1999	2000	2003
	78,0	66,0	71,0

## MALARIA

El comportamiento anual de la malaria entre 1960 y 2004 muestra un aumento de la morbilidad por esta causa medida por el Índice Parasitario Anual (IPA) que pasa de 2,0 x 1.000 en el período 1960-1974 a 9,0 x 1.000 en el período 1994-2004, o sea que sufre un incremento de 75 %.

Tabla 3. Malaria en Colombia. Indicadores por periodos: 1960-2004

Periodo	Programa de Malaria	Población (Promedio)	I.P.A. X 1.000	Tasa Anual de Láminas Positivas
1960 - 1974	Erradicación (SNEM)	11.330.134	2,0	3,97
1975 - 1993	Erradicación (Campañas directas)	18.432.921	4,5	17,3
1994 - 2004	Control (Descentralizado)	20.289.379	9,0	29,9

Tabla 4. Malaria en Colombia: Tasa anual de láminas positivas 1960-2004

IPA X 1.000	1960-1974	1975-1993	1994-2004	Variación (%)
	2,0	4,5	9,0	+22,0
	4,0	17,0	30,0	+87,0

## COSTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE DE DENGUE

Durante el periodo 2003 - 2010 se reportaron 445.585 casos de los cuales el 93 % (414.214) fueron de dengue clásico y el restante 7 % (313.000) fueron casos de dengue grave. El costo promedio del paciente con dengue fue de US\$ 599. La atención del paciente ambulatorio tuvo un costo de US\$ 88 mientras que el costo de la atención del paciente hospitalizado osciló entre US\$ 671 y US\$ 6.532. El costo promedio del paciente con dengue grave fue de US\$ 2.361. (4)

En el último Informe del Ministerio de la Protección Social al Congreso, 2008-2009, se dan las cifras de cobertura que aparecen en la Tabla 5.

Tabla 5. Cobertura de los Servicios

Régimen	Personas afiliadas	% de la población
Contributivo	17.234.265	38,77
Subsidiado	22.485.211	50,59
Sin cobertura	4.730.476	10,64

Según estas cifras, el 39% de los colombianos tiene una cobertura adecuada con un Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo, pero el 51 % tiene una cobertura deficiente con el POS del régimen subsidiado o no tiene cobertura.

## MORTALIDAD MATERNA

La Tasa de Mortalidad Materna presenta una tendencia al aumento entre 1995 cuando era de 60 x 100.000 nacidos vivos y 2007 cuando era de 80 x 100.000 nacidos vivos, es decir, tuvo un aumento de un 25 % (9).

**Tabla 6. Mortalidad Materna. Tasas x 100.000 nacidos vivos**

	1995	2007	Variación (%)
Tasas x 100.000	60,0	80,0	+25,0

## TUBERCULOSIS

Entre 1982 y 2000 la incidencia de Tuberculosis Pulmonar disminuyó significativamente en un 80,75 % cuando los programas estatales de control estaban en funcionamiento. Por el contrario, entre 2002 y 2008 la incidencia se incrementó en un 73,5 % cuando se desmantelaron estos programas.

**Tabla 7. Incidencia de Tuberculosis Pulmonar 1980-2008. Tasas x 100.000**

	1982	84	86	98	2000	Variación (%) 1982-2000	02	04	06	08	Variación (%) 2002-2008
Tasa	24,0	26,0	25,0	21,0	21,0	- 80,75	25,0	26,0	30,0	34,0	+ 73,5

## SÍFILIS

La incidencia de sífilis congénita pasó de 0,9 x 1.000 en 1998 a 2,62 x 1.000 en 2009, es decir que aumentó un 66 %. Por su parte, la sífilis gestacional pasó de 1,29 x 1.000 en 2003 a 5,75 en 2009, o sea que tuvo un aumento de 78 % (10)

Como se aprecia en las Tablas 1 a 8 las consecuencias de la Ley 100 en la salud de los colombianos han sido claramente negativas.

En la siguiente sección se discuten las consecuencias de la economía neoliberal en economía y salud desde un punto de vista global y su impacto en el crecimiento económico, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil.

## CONSECUENCIAS DEL NEOLIBERALISMO EN ECONOMÍA 1980-2005

Hace 25 años el Banco Mundial impuso el modelo económico neoliberal basado únicamente

**Tabla 8. Incidencia de sífilis congénita y gestacional. Colombia 1998-2009. Tasas x 1.000**

	98	99	00	1	2	3	4	5	6	7	08	09
Congénita	0,9	1,0	1,3	1,32	1,76	1,76	1,96	2,15	1,98	2	2,37	2,62
Gestacional						1,29	2,47	3,53	4,11	4,72	5,4	5,75

en la crítica al anterior pero sin ningún desarrollo teórico. Se vendió como la panacea, sin considerar las consecuencias económicas y sociales que el nuevo modelo produciría.

El resultado de la implementación de las políticas neoliberales ha sido negativo en la economía y no ha producido crecimiento económico en los países al compararlo con el resultado que obtuvo el modelo económico anterior:

- Entre 1960 y 1980 los países aumentaron más su ingreso que entre 1980 y 2005 cuando se impuso la economía neoliberal.
- El crecimiento económico de los países según ingreso (\$ US) fue menor en el período de la economía neoliberal que en el anterior.
- La esperanza de vida al nacer aumentó más en el período 1960-1980 que en las décadas 1980-2002, cuando se implementaron las políticas neoliberales.
- La disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil también fue mayor en el período 1960-1980 que en el período 1980-2002.
- Las dos fuerzas generadoras de riqueza y de desarrollo son el trabajo y el capital. La economía clásica privilegia y promueve al trabajo frente al capital; la economía neoliberal privilegia al capital frente al trabajo. Los valores de la persona se enfrentan al poder del capital.
- La pobreza es la consecuencia de la acumulación del capital. El capital acumulado no se redistribuye a menos que haya una voluntad política que lo imponga desde el poder legislativo con una reforma impositiva. Los ricos serán siempre más ricos y los pobres más pobres.
- En el reciente Foro Económico Mundial realizado en Davos en enero de 2014, se denunció la creciente desigualdad económica del mundo, en el cual las 85 personas más ricas del planeta tienen el equivalente a todos los recursos de los 3.570 millones de habitantes más pobres.
- Según el informe de este Foro, las élites más ricas del mundo han “secuestrado” el poder político y establecen las reglas económicas para su exclusivo beneficio, lo que se traduce en políticas tributarias injustas y prácticas corruptas.
- En una economía neoliberal las inversiones extranjeras no se promueven para crear industria nacional sino para favorecer a los inversores extranjeros que buscan la mayor rentabilidad a corto plazo, lo que se logra disminuyendo los costos de la mano de obra nacional y los salarios.
- Los que continúan pensando que la redistribución de la riqueza traería una mayor justicia social, deben pensar también que esta opinión nunca ha sido confirmada por los hechos, por cuanto no se eliminan las causas estructurales de la pobreza.
- Al promover la disminución del tamaño del Estado, se le rebaja su papel natural para corregir las deformaciones objetivas de las fuerzas del mercado, que en teoría deberían ser neutrales. Se llega así a promover una economía sin rostro y no una economía social con rostro humano.
- Los planes de ajuste estructural impuestos a los gobiernos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional conllevan inevitablemente un recorte de los fondos públicos en los programas sociales y por eso se los llama “**genocidio económico**”.

- Entre 1980 y 2005 se produjo una concentración de la riqueza, medida por el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, en la cual se puede ver que los países más ricos, -que constituyen el 10 % de la humanidad- pasaron de US\$ 11.840 a US\$ 40.730, es decir, que el ingreso se cuadruplicó. En el mismo período el ingreso de los habitantes de los países pobres, que forman el 90% de la humanidad, apenas se incrementó una vez y media, ya que pasó de US\$ 196 a US\$ 334.
- La relación Ricos/Pobres pasó de 60 a 122, es decir que en 1980 había 60 Pobres por cada Rico, en tanto que en 2005 había 122 Pobres por cada Rico. En otras palabras se duplicaron los pobres.
- Al comparar los datos sobre crecimiento económico de los países, crecimiento del ingreso per cápita y concentración del ingreso per cápita en el período 1960-1980, período en el que existía la economía tradicional, los

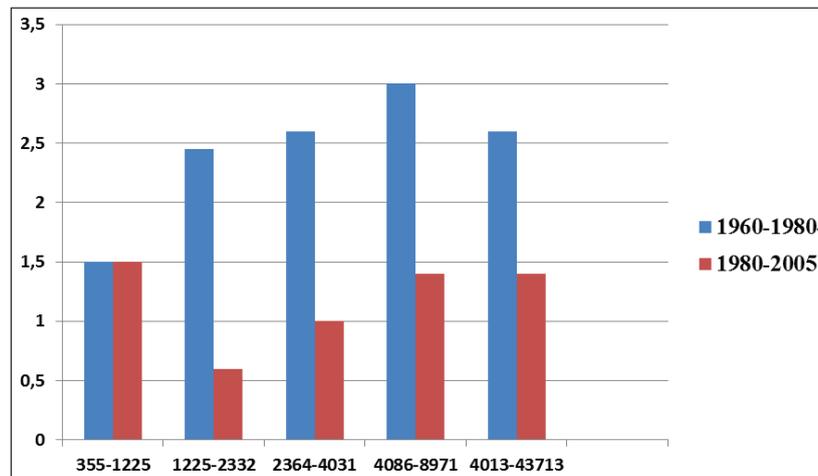


Gráfico 1. Crecimiento económico de los países según ingreso (\$US) (14)

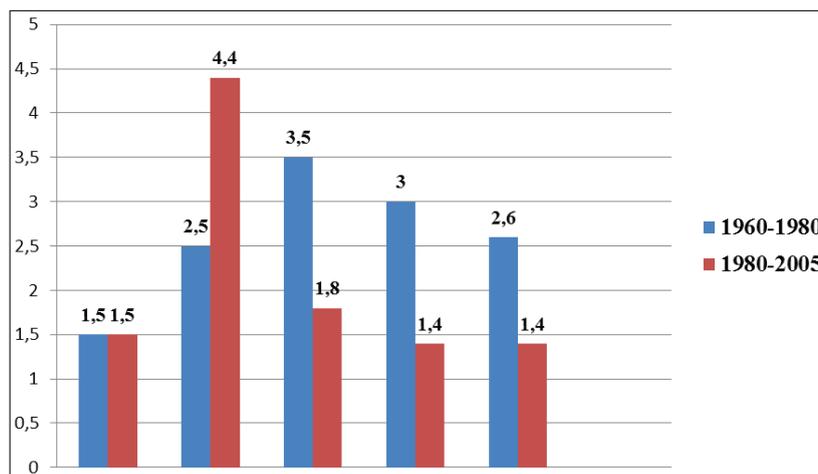
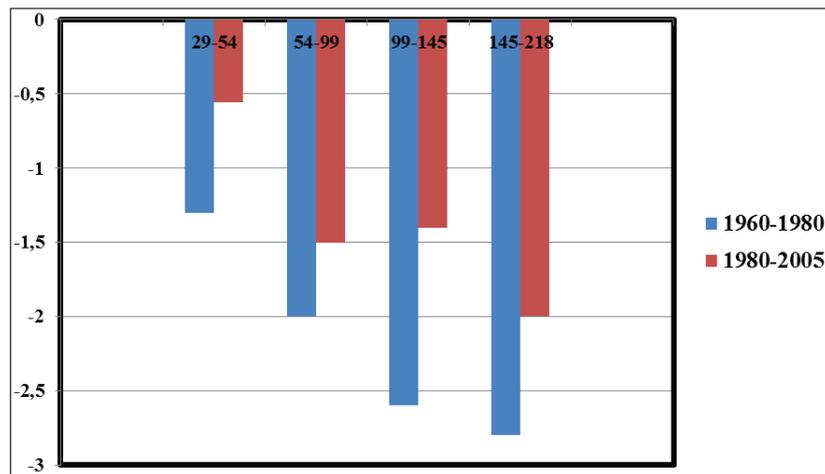


Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer ( cambio promedio anual) (15)



**Gráfico 3. Mortalidad infantil (cambio anual en la tasa x 1.000) (16)**

países aumentaron más su ingreso y hubo menos concentración del ingreso per cápita que entre 1980 y 2005 cuando se implementó la economía neoliberal.

Entre 1980 y 2005 en plena era de implementación de la economía neoliberal también aumentó la inequidad en el crecimiento del ingreso per cápita, tal como aparece en la Tabla 9.

**Tabla 9. Concentración del ingreso en los países, 1980 - 2005**

Años	Países más ricos (10% de la humanidad)	Países más pobres (90 % de la humanidad)	Relación: Ricos/ pobres
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	122

Puede verse que el ingreso per cápita de los países ricos ha pasado de US\$ 11.840 a US\$ 40.730 en relación con el de los países pobres que ha pasado de US\$ 196 a US\$ 334.

Así pues, entre 1980 y 2005 el ingreso en los países ricos se ha triplicado (3.4 veces) en tanto que en los países pobres ni siquiera se ha duplicado (1.7 veces).

Es decir que en 1980 un habitante de un país pobre ganaba 60 veces menos que uno de un país rico; en 2005 un habitante de un país pobre ganaba 122 veces menos que uno de un país rico.

El resultado de la implementación de la política neoliberal ha sido negativo y no ha producido crecimiento económico en los países al compararlo con el resultado entre 1960 y 1980 de la economía tradicional anterior a la imposición del neoliberalismo.

En el área de los indicadores de salud, el promedio de esperanza de vida al nacer también aumentó más en el período 1960-1980 que en las décadas 1980-2002, cuando se implementaron las políticas neoliberales, tal como aparece en el gráfico 2. (15)

La disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil también fue mayor e independiente del valor inicial de la misma en el período 1960-1980 que

en el período 1980-2000 como se muestra en el gráfico 3. (16)

En el período 1981-2004 el número de personas que vivían con 1US\$/día se mantuvo estable en el mundo (800 millones/año) y en América Latina (25 millones/año). Disminuyó únicamente en China, que no ha implementado las políticas neoliberales sino recientemente y donde cayó de 600 a 100 millones o sea un 84 %. (17)

Se puede concluir que ninguna de las promesas de la economía neoliberal promovidas por el Banco Mundial y por el Fondo Monetario Internacional se cumplió, ni en el crecimiento económico ni en la disminución de la pobreza en el mundo.

## EL FUTURO: LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

La Ley 100 de 1993 tuvo un impacto negativo en la salud de los colombianos como lo analiza-

mos en las secciones anteriores. Se espera que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 corrija esto y se constituya en el instrumento que permita mejorar los indicadores de salud en Colombia.

Después de 22 años de vigencia de la Ley 100 de 1993, el 16 de febrero de 2015 el Presidente Juan Manuel Santos sancionó la Ley Estatutaria 1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Esta Ley fue aprobada por la Corte Constitucional mediante sentencia C-313/14 del 29 de mayo de 2014 y firmada por el Presidente Santos como Ley Estatutaria 1751 el 16 de febrero de 2015.

La Ley Estatutaria es una norma de rango superior a las otras leyes que se tramitan en el Congreso. Las Leyes Estatutarias prolongan la Constitución, mientras que las otras la desarrollan. Su alcance jurídico está por encima de las Leyes Ordinarias y de los Decretos Reglamentarios. También están por encima de los Planes Nacionales de Desarrollo y, por último, son de cumplimiento obligatorio.

### Síntesis de los hallazgos (\*)

INDICADOR	1993-1995	2008-2009	Variación (%)
CARGA DE ENFERMEDAD AVISAS X 1 000	174,07	279,58	+62,0
MORTALIDAD MATERNA Tasas x 100 000 nacidos vivos	25,0	34,0	+25,0
MALARIA Índice Parasitario Anual (IPA)	17,3	29,9	+43,0
VACUNACIONES Menores de 5 años con esquema de vacunación completo	77,0	71,0	-8,0
TUBERCULOSIS Tasas x 100 000	25,0	34,0	+73,5
SÍFILIS CONGÉNITA Tasas x 1 000	0,9	2,62	+66,0
SÍFILIS GESTACIONAL Tasas x 1 000	1,29	5,75	+70,0

(\*) Ver Tablas 1 a 8.

Esta ley, que consagra la salud como derecho fundamental para todos los ciudadanos de Colombia, está compuesta por 4 capítulos y 26 artículos de la siguiente manera:

- Capítulo I: Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes (11 artículos);
- Capítulo II: Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud (5 artículos);
- Capítulo III: Profesionales y trabajadores de la salud (2 artículos); y,
- Capítulo IV: Otras disposiciones (8 artículos)

El texto completo de la Ley 1751 de 2015, sancionada el 16 de febrero de 2015 se puede encontrar en el sitio [www.minsalud.gov.co/texto ley estatutaria](http://www.minsalud.gov.co/texto_ley_estatutaria). (19)

## REFERENCIAS

1. Edwards RT (2013) Public health economics of body and mind: a health economist's perspective, *The Lancet*, 382: S33 November 2013
2. World Bank, *World Development Report, Investing In Health*, Oxford 1993.
3. Acosta Ramírez N y Rodríguez García J, 2005, Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003, *Rev. Salud Pública. Suplemento* 8(1):102-115
4. Valero-Bernal, MV, 2006, Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years, *Revista Salud Pública* 8 (3):141-149, 2006
5. Bello S. et al. 2011, Medición del impacto económico del dengue en Colombia: una aproximación a los costos médicos directos en el periodo 2000-2010, *Biomédica* 2011; 31(sup.3):3-315 110-113
6. Instituto Nacional de Salud, 2010
7. Rodríguez Silva y cols., 2008, Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados, Ministerio de la Protección Social, Documento Técnico ASS/1502-08, Tabla 33, p. 52, Bogotá, Octubre de 2008
8. SeucAH et al, Introducción a los DALYs, *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2000;38(2): 92-101
9. Arbeláez MP, et al. 2004, Tuberculosis control and managed competition in Colombia, *International Journal of Health Planning and Management*, 2004; 19: S25-S43.
10. Yepes FJ et al, 2010, Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia, Ley 100 de 1993, IDRC, Ottawa, 2010: p. 41-53
11. Vélez M, 2008, *Salud: Negocio e Inequidad*, Ediciones Aurora, Bogotá, .29-30
12. Gallego L, Vélez GA, Agudelo B, 2007, *Panorama de la Mortalidad Materna* p. 18, [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co) (descargado 9 de Octubre de 2009)
13. Ministerio de la Protección Social, *Informe Al Congreso 2008-2009*.
14. WHO Report of the WHO Commission of Social Determinants of Health, Geneva, p. 37
15. Weisbrot M et al. 2005: *The scorecard of Development*, Center For Economic And Policy Research, Washington DC, p. 5
16. Weisbrot M et al. 2005: *The scorecard of Development*, Center For Economic And Policy Research, Washington DC, p. 9
17. Weisbroot M et al. 2005: *The scorecard of Development*, Center For Economic And Policy Research, Washington DC, p. 14
18. Chen S, Ravallion M, 2007, Absolute poverty measures for the developing world, 1981-2004, *World Bank Policy Research Working Paper* 4211, April 2007, Tables 1-2
19. [www.minsalud.gov.co/texto ley estatutaria](http://www.minsalud.gov.co/texto_ley_estatutaria)

**Recibido:** Abril 7, 2015

**Aprobado:** Junio 12, 2015

**Correspondencia:**

Alvaro Moncayo Medina  
[amoncayo@uniandes.edu.co](mailto:amoncayo@uniandes.edu.co)