
SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

Gustavo Malagón-Londoño*

RESUMEN

Antes de 1993 el sistema de salud colombiano estaba diseñado para brindar un aseguramiento a la mayoría de la población trabajadora y permitir que entidades con fuero especial ofrecieran la atención a sus propios servidores. Las demás personas eran atendidas en hospitales públicos o por médicos en consultorios particulares. A partir de la ley 100 de 1993 el sistema de atención en salud cambió, se basó en un sistema asegurador privado que daría eventualmente cobertura a la totalidad de la población colombiana, que obtendría sus recursos de la población trabajadora que aportaría para ellos mismos, sus familias, y a través de un plan solidario, a las personas vinculadas del régimen subsidiado. Después de más de tres lustros de funcionamiento, se aprecian grandes fallas en el sistema actual, tales como la inadecuada utilización de los recursos económicos, fallas en los sistemas de información, abusos en la intermediación, inequidad en los servicios, desconocimiento de la autonomía profesional y menosprecio por su labor, desprotección del personal sanitario, debilitamiento de los indicadores de salud

pública y de los servicios prestados, colapso de los hospitales públicos y altos costos de medicamentos, con enriquecimiento de intermediarios.

Ante estas falencias, la Academia Nacional de Medicina de Colombia ha propuesto a los gobernantes, puesto que el sistema debe operar bajo la rectoría del Estado, que aquel debe ser de carácter público, debe contar con un modelo de atención integral, debe ser participativo, debe contar con capacitación del talento humano, hacer énfasis en la investigación, establecer mecanismos de estabilidad laboral; debe garantizar la calidad, respetando la autonomía, debe garantizar la sostenibilidad financiera de tal manera que permita la universalidad, equidad, calidad é integralidad. Finalmente, debe cambiar el sistema de aseguramiento con fines lucrativos por un sistema integral de seguridad social que responda con eficiencia al derecho constitucional de toda la población.

Palabras clave: salud pública, atención en salud, seguridad social, autonomía médica, cobertura universal.

¹ MD, Presidente Academia Nacional de Medicina de Colombia. Presentado en la XIX Reunión de ALANAM, Santiago de Chile, octubre 28 de 2010.

ABSTRACT

Before 1993, the Colombian sanitary system had been designed to offer health care to the majority of the working force, letting other public or private institutions to offer services to their own affiliates or workers. Individuals or relatives of insured workers not covered by insurance programs had to attend government supported public hospitals or private institutions, with the obvious problems of limited coverage and accessibility, but with general acceptance among the general population. Since the intended health reform law of 1993 (Law 100) was implemented, health care has become an insurance business supposedly committed to obtain good quality services and universal coverage, getting financial support from income and stipends of those who have a job, whose contributions -with little government counterpart support- should also cover the health of their own families and the uninsured part of the populations (subsidized system). Almost two decades after the Law 100 was issued, a number of system failures have been detected, namely inefficient utilization of allocated sums, inadequate information and research systems, abuses from intermediary insurance or health-delivery companies, erosion of physicians' autonomy with low wages and little appreciation of the doctors' work, little or no coverage for health personnel, deterioration of public health indicators caused in great part by public hospitals going broke, and costs rising in part due to highly prized medicines profiting mainly intermediary dealers.

In view of such shortcomings, the Colombian National Academy of Medicine as official adviser has proposed to the government to establish a participative public system handled by government officials to provide integral care, continuing education and training of human resources, emphasizing research, job quality and stability, granting medical

autonomy and financial sustainability, so as to achieve universal coverage with good and integral quality for all. The Academy believes that the present profit-making insurance system must be replaced by a social security integral system which should satisfy the needs and the constitutional rights of the population for good health care.

Key words: public health, health care, social security, physician autonomy, universal coverage.

INTRODUCCIÓN

Antes de 1993 el sistema de salud colombiano estaba diseñado para brindar un aseguramiento a la mayoría de la población trabajadora y permitir que entidades con fuero especial ofrecieran la atención a sus propios servidores. Las personas sin ningún tipo de aseguramiento y las familias de los trabajadores sin protección eran atendidas en los hospitales públicos con inconvenientes naturales de accesibilidad. Pese a lo cual, la población en general, aceptaba los servicios de salud que se le ofertaban. El Estado tomaba la mayor parte de la responsabilidad directa de la salud y reglamentaba a través del Seguro Social, Cajas de Previsión, hospitales públicos; muchas empresas privadas ofrecían directamente los servicios a sus afiliados, la fuerza pública atendía a sus dependientes con régimen especial a través de servicios de sanidad militar y de policía, buen porcentaje de población especialmente de estratos cuatro y cinco se acogían a planes privados de atención, era muy aceptable el servicio hospitalario público; la salud pública especialmente lo relacionado con los cuidados del medio ambiente, las inmunizaciones, planes generales de fomento y prevención eran manejados directamente por el Ministerio de Salud, por medio de las denominadas campañas directas, dirigidas especialmente contra el paludismo, la TBC, el Píjan, el Dengue, el Chagas, la fiebre amarilla; se introdujo

el plan de medicamentos genéricos que abarataban notablemente el costo de la atención (1).

FALENCIAS DE LA LEY 100 DE 1993

Para cumplir el mandato señalado en la Carta Constitucional de 1991 que define “*que el Estado tiene la obligación de proveer salud integral a todos los colombianos, bajo las premisas de calidad, eficiencia y solidaridad*” fue propuesta la reforma que se materializó con la ley 100 de 1993, llamada ley de seguridad social en salud (2) con el propósito de que la población se afiliara a través de programas obligatorios, POS, a los regímenes subsidiado y contributivo con planes de beneficios diferentes y programa de aseguramiento por intermedio de empresas privadas, llamadas EPS que podían contratar con los hospitales públicos o con sus propias instituciones prestadoras, llamadas IPS; las IPS facturan sus servicios a las EPS y estas cobran el dinero dentro de unos estándares (UPCs), de diferente monto para un régimen y otro, a un fondo social del Sistema, FOSYGA; así mismo determinó

que a partir del año 2001 todos los habitantes del territorio nacional tuvieran acceso al Plan Obligatorio de Salud, lo cual no se cumplió por no haberse alcanzado las metas de crecimiento económico y de mercado laboral (3). Se esperaba que más del 65% de la población, con capacidad de pago se afiliara al régimen contributivo y el porcentaje restante fuera del régimen subsidiado. La relación hoy día es completamente opuesta. El Estado ha tenido que equilibrar la balanza con un inmenso esfuerzo económico para alcanzar la cobertura actual (sobre una población calculada en 46 millones de habitantes), de 22 millones quinientos mil afiliados al régimen subsidiado y 18 millones doscientos mil al régimen contributivo. Y 1.200.000 corresponden a regímenes especiales. Se calcula que los recursos generales del sector salud corresponden al 8.2% del PIB o sea 37 billones de pesos, según reciente estudio elaborado por el sector privado (Tabla 1).

Demos una ojeada general al panorama demográfico, geopolítico y epidemiológico de Recursos del Sector Salud en 2009 en el país, con el objeto de partir de ahí para el análisis del programa vigente (4).

Tabla 1.

Recursos del Sector Salud en 2009		
(millones de pesos) Documento elaborado por la ANDI, 2010		
	2009	Distribución
Régimen Contributivo	12.264.255	33,4%
Régimen Subsidiado	7.395.788	20,1%
Vinculados	2.890.541	7,9%
Regímenes especiales	2.378.000	6,5%
Atención en Salud Riesgos Profesionales	305.362	0,8%
Atención en salud en accidentes de tránsito y eventos catastróficos (SOAT)	1.145.862	3,1%
Salud Pública	1.514.145	4,1%
Gasto Privado – atenciones complementarias de carácter voluntario	2.429.980	6,6%
Gasto Privado- gasto en medicamentos no institucional	3.188.250	8,7%
Otros Gastos Privados	2.178.839	5,9%
Otros Gastos Públicos	1.014.337	2,8%
Total	36.705.358	100%
% del PIB	7,65%	

Indicadores demográficos, financieros y de salud

Colombia, situada en el ángulo superior y noroeste de Sudamérica; además de su territorio continental posee las islas de San Andrés y Providencia en el mar Caribe y pequeños islotes contiguos al continente, con superficie total de 1.141.568 km², bañada por dos mares el Océano Atlántico y el mar Pacífico. La cordillera de los Andes que la atraviesa en sentido Sur-Norte con sus tres brazos, central, oriental y occidental determinan características geopolíticas y enmarcan regiones con diferentes perfiles demográficos (Tabla 2).

Es un país agrícola y ganadero con riquezas naturales, oro, carbón, caolín, hierro, cobre, plomo, zinc, gas natural, petróleo, notable capacidad hidráulica, con desarrollo industrial que le ha permitido afrontar la crisis económica mundial y mantener márgenes racionales de empleo. Infortunadamente azotada desde hace varios años por la violencia incesante

de grupos extremistas, peor todavía la alianza de terrorismo con narcotráfico (5,6). Esta circunstancia ha llevado a cinco fenómenos fundamentales:

- 1) A colocar el índice de muertes violentas entre las primeras causas de mortalidad en el país.
- 2) A disminuir notablemente la producción agrícola al convertir grandes extensiones de tierra en campos sembrados de alucinógenos y minas anti-personas.
- 3) A obligar al desplazamiento masivo de altas cifras de habitantes del campo y poblaciones menores a las ciudades capitales por terrorismo.
- 4) A aumentar las cifras de desempleo.
- 5) A propiciar la inseguridad urbana.

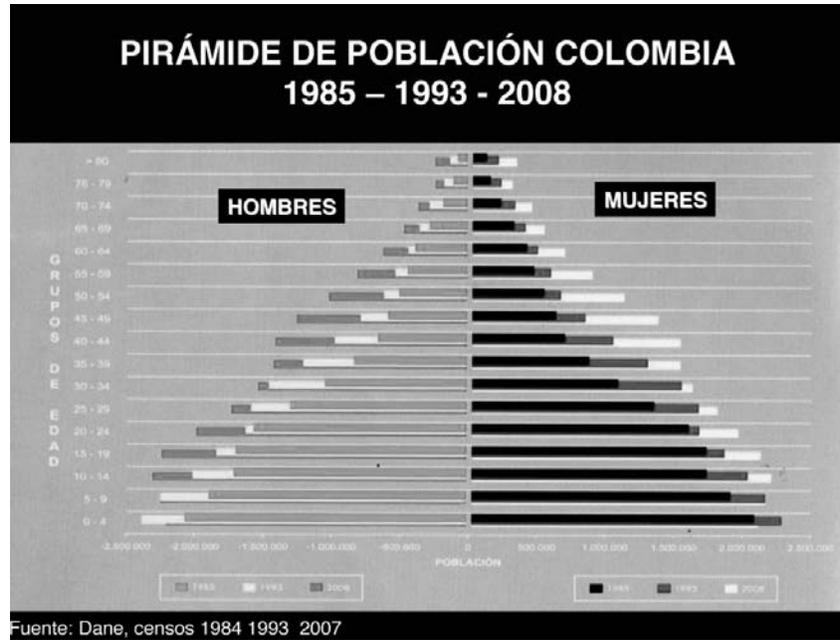
Altos porcentajes de estas comunidades desplazadas, cerca de 500.000 el último año, ofrecen precarias condiciones de salud y la mayoría serios problemas psicológicos.

La pirámide de población muestra 52.5% de mujeres, 47.5% de hombres; la población de más de 60 años, alcanza el 10.2% (Figura 1).

Tabla 2.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, 2008		
Población total		45.200.000
Población femenina	52%	23.400.000
Población masculina	48%	21.800.000
Población < 15 años	29,6%	
Población adolescente (15-19 años)	9,8%	
Proporción de mujeres en edad fértil (15-49 años)	26,7	
Población de 60 y más años	9,5%	
Tasa media anual de crecimiento 2005-2010	1,18%	

Figura 1



Los indicadores socioeconómicos, ofrecen los datos y porcentajes que se leen en la tabla 3.

La cobertura de servicios públicos ha ido mejorando notablemente hasta lograr en la actualidad las cifras que se observan en la Tabla 4.

La oferta de servicios de salud (7) se ve en la Tabla 5.

El crecimiento del número de médicos ha sido notable en los últimos años, el país pasó de 18 facultades de medicina en 1980 a 55 en la actualidad, estimándose la cifra actual de estos profesionales en 62.000 y sobrepasarán seguramente los 100.000 para 2025, lo cual lejos de ser el resultado de planeación alguna, significa un abuso en la interpretación de la autonomía universitaria dispuesta por ley y al afán de lucro de muchas instituciones docentes que utilizan la predilección de los bachilleres por las

Tabla 3

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	
NIVEL EDUCATIVO	
Tasa de analfabetismo en población de mayores de 15 años	6,7%
NIVEL DE INGRESOS	
PIB per cápita US\$ corrientes proyección para 2009	4.207
Tasa de crecimiento anual del PIB estimada 2009	8,5
Proporción de población bajo línea de pobreza	45%
Tasa de desempleo a Diciembre 2009	12,2%
Inflación: crecimiento anual del índice e precios al consumidor	5,69
Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB en 2009	8,47%

Tabla 4

INDICADORES DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	
Cobertura Promedio Nacional de Servicios Públicos	
Cobertura del servicio de Acueducto	83%
Cobertura del servicio de Alcantarillado	73%
Cobertura del servicio de Energía	93%

Tabla 5

INDICADORES DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	
RECURSOS HUMANOS EN SALUD	
Estimaciones 2007	
Razón de médicos por cada 1000 habitantes	1,6
Razón de enfermeras profesionales por cada 1000 habitantes	0,8
Razón de odontólogos por cada 1000 habitantes	0,9
Razón de auxiliar de enfermería por cada 1000 habitantes	3,4
Promedio de médicos egresados por año (2009)	2.200
Promedio de enfermeras profesionales egresados por año (2008)	1.777

ciencias de la salud, para especular con la oferta de centros de formación.

Una característica del país ha sido su ritmo acelerado de crecimiento; la población se multiplicó por 9 en los últimos 100 años, pasando de

5.100.000 en 1910 a 45.5 millones en la actualidad, no obstante la tasa bruta de natalidad está en franco descenso en los últimos 50 años (nacidos vivos por 1000 habitantes), actualmente en 19,8, la tasa de mortalidad infantil progresivamente disminuida hasta llegar a 19,9, la tasa bruta de mortalidad en 5,81, con esperanza de vida al nacer en hombres de 70,7 años y en mujeres de 77,5 (8-14) (Tablas 6, 7 y 8)

Tabla 6

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
Dinámica de la Población (estimaciones 2008)		
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes) 2005-2010	19,86	74.0
Media anual de nacimientos	877.441	
Media anual de defunciones	256.703	
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes 2005-2010	5,81	
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos 2005-2010	19,9%	
Esperanza de vida al nacer (2005-2010) – Mujeres	77,5	74.0
Esperanza de vida al nacer (2005-2010) – Hombres	70,7	
Número de personas desplazadas por la violencia en 2008	359.740	

Tabla 7

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS		
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL		
	AMÉRICA LATINA	COLOMBIA
Defunciones registradas por EDA en menores de 5 años	4,9	3,7
Defunciones registradas por IRA en menores de 5 años	8,1	8,4
Cobertura de Inmunización DPT3 en menores de 1 año	93	92,9
Cobertura de Inmunización POLIO 3 en menores de 1 año	94	92,8
Cobertura de Inmunización BCG en menores de 1 año	96	93,3
Cobertura de Inmunización SARAMPIONSRP en niños de 1 año	94	94,6

Tabla 8

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS		
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		
	Casos reportados	Tasa por 100.000 habitantes
Tasa de incidencia del SIDA	10,8	1,9
Casos reportados de MALARIA	761.586	110.480
Casos reportados de DENGUE	898.628	43.448
Casos confirmados de SARAMPION	179	0
Tasa de Incidencia de TUBERCULOSIS	37,4	24,9
Tasa de Incidencia de TUBERCULOSIS BK +	21,4	16,4

Tabla 9

PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN
• AGRESIONES, HOMICIDIOS
• ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN
• ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
• ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIA)
• CÁNCER
• DIABETES MELLITUS

Las primeras causas de mortalidad entre los 20 y 60 años se pueden observar en la tabla 9.

La violencia ha generado unas cifras inusitadas de víctimas como se observa en la tabla 10 y en la figura 2.

En términos generales la seguridad social en salud (15-20) ha logrado cobertura que en la actualidad sobrepasa el 90% de la población, con numerosos reparos, observaciones y quejas por descontento en la prestación de servicios que han conducido a replanteamientos del sistema (Tabla 11).

Tabla 10

Grupo quinquenal	Mujer	Hombre	Indeterminado ¹	Total general		
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0-4	25	1,20	38	1,74	-	63 1,47
5-9	15	0,71	25	1,13	-	40 0,92
10-14	40	1,84	106	4,66	-	146 3,28
15 - 17	104	8,03	800	58,59	-	904 33,99
18 - 19	81	9,71	983	112,02	-	1.064 62,17
20-24	253	12,87	3.043	150,71	-	3.296 82,70
25-29	239	13,17	3.221	184,55	4	3.464 97,32
30-34	194	11,80	2.370	151,73	14	2.578 80,40
35-39	120	7,95	1.749	124,51	1	1.870 64,17
40-44	136	8,89	1.301	92,59	3	1.440 49,07
45-49	102	7,3	941	73,37	3	1.046 39,03
50-54	64	5,55	576	54,95	3	642 29,16
55-59	41	4,50	374	44,88	-	415 23,80
60-64	21	2,97	215	33,40	-	236 17,46
65-69	18	3,36	141	29,61	-	159 15,70
70-74	20	4,51	76	20,51	-	96 11,80
75-79	14	4,56	38	15,42	-	52 9,39
80 y más	13	3,92	39	15,98	1	53 9,21
Fetos ²	13	-	23	-	3	39 -
Sin información ³	10	-	96	-	8	114 -
Total	1.523	6,69	16.155	72,76	39	17.717 39,39

Fuente: INMLCF/DRIP/SIRDEC/SINEI

Figura 2

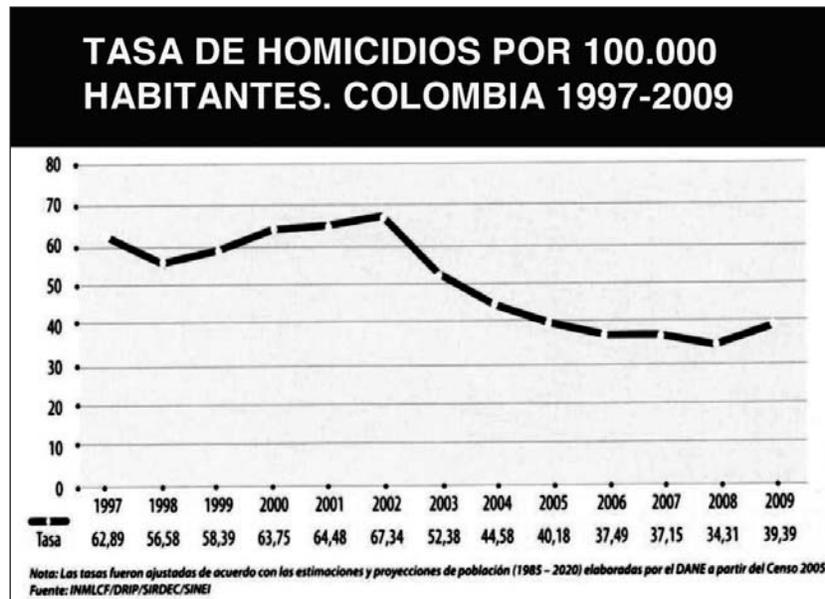


Tabla 11

VINCULACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL 2009		
	No. Personas	Cob. Poblacional
Régimen Subsidiado a septiembre de 2009	22.997.637	75,86%
Régimen Contributivo a junio de 2009	18.198.673	78,1%
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales	5.945.653	67,0%

El presupuesto actual destinado a salud, corresponde al 8.2 del PIB, lo que equivale en cifras a 30 billones de pesos que distribuidos por habitante del país, asignaría cantidad para cubrir casi en su totalidad la exigencia económica del sistema.

Se aprecian a grandes rasgos las siguientes fallas del sistema actual:

- Inadecuada utilización de los recursos económicos.
- Fallas en los sistemas de información que han conducido a sub-registros.
- Abusos en la intermediación por parte de las aseguradoras.
- Inequidad en la prestación de los servicios.
- Atropello y desconocimiento de la autonomía profesional.
- Menosprecio a la labor de los trabajadores de la salud.
- Desprotección socio-laboral de los profesionales de la salud.
- Debilitamiento de la salud pública.
- Falta de liderazgo por parte del estado.
- Debilitamiento en la calidad de los servicios.
- Colapso (o desaparición) de los Hospitales Públicos.
- Altos costos de los medicamentos.

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN PRESENTADAS POR LA ACADEMIA

Ante los problemas evidenciados (21-28) y las constantes quejas de representantes de los

prestadores de los servicios, por las numerosas demandas de los usuarios elevadas a través de mecanismos legales, como acciones de tutela, por déficit presupuestal que llevó a limitación o suspensión de servicios, hubo pronunciamientos de la Corte Constitucional, máximo organismo judicial conminando al Ministerio al cumplimiento de lo dispuesto en la constitución y en la ley en un plazo determinado so pena de severas sanciones (29). En determinado momento el Gobierno Nacional decretó la emergencia social en salud, mas tarde declarada inexecutable por la Corte (15). La Academia Nacional de Medicina mantuvo su posición de liderazgo dentro de esas situaciones en defensa no solamente de los profesionales y trabajadores en general de la salud, sino fundamentalmente en consideración de los derechos de la población.

Así las cosas, la Academia Nacional de Medicina de Colombia presentó al nuevo gobierno -como lo hizo con el anterior- sus serios reparos al sistema actual y formuló un paquete de recomendaciones, técnicamente sustentadas, lo mismo que prepara un proyecto de reforma de la estructura del sistema para cursarlo al poder legislativo, previos debates con los representantes de los principales gremios de la salud y con los propios ejecutivos del estado (30).

La Academia considera que un sistema social de salud debe estar enmarcado dentro de los siguientes principios fundamentales:

- El sistema debe operar bajo la dirección y rectoría del estado para controlar los afanes de lucro de las organizaciones que actúan con fines comerciales.
 - Debe ser de carácter público para manejo de los recursos, sin intermediación financiera con fines comercial o lucrativo.
 - Debe contar con un modelo de atención integral, sin restricciones de uso en todo el territorio nacional.
 - Debe ser participativo con espacios de opinión para la comunidad académica, de usuarios y de veedores.
- Debe contar con una política de capacitación del talento humano, con énfasis en la investigación.
 - Debe establecer mecanismos de estabilidad laboral para los trabajadores de la salud.
 - Debe garantizar la atención con la mejor calidad posible, respetando la autonomía profesional.
 - Debe garantizar la sostenibilidad financiera del sistema que permita la universalidad, equidad, calidad e integralidad.
 - Debe cambiar el sistema de aseguramiento con fines lucrativos por un sistema integral de seguridad social que responda con eficiencia al derecho constitucional de toda la población.

Lo anterior en síntesis refleja la situación actual del sistema, sujeto en este momento a cambios estructurales fundamentales por la nueva ley que reformó la salud, que está en proceso de reglamentación.

REFERENCIAS

1. Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Mortalidad y situación de la mujer. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Capítulo 9, 2005. Pág.189.
2. Colombia, Corte Constitucional. Obligatoriedad del sistema General de Seguridad Social en Salud. Sentencia T-760, 2007.
3. Colombia, Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, Colombia, 2005.
4. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Censo General 2005. Bogotá; 2006. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/boletin.pdf>. Acceso el 27 de julio de 2006.
5. Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Justicia y Seguridad. Cifras de violencia. Primer semestre 2005. 2006. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=562. Acceso el 27 de julio de 2006.
6. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia sobre Violencia. Forensis 2004. Datos para la vida, boletín de violencia en Colombia. Bogotá; 2005.
7. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio de Recursos Humanos, Sistema Nacional

- de Información de la Educación Superior. Base de datos. 2006. Disponible en: http://snies.mineducacion.gov.co:8080/pls/iesprogramas/m_programas.programa_acreditado_lista?p_tipo=2. Acceso el 28 de julio de 2006.
8. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, 2005
 9. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la enfermedad de Chagas en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
 10. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la lepra en Colombia. Informe 2004.
 11. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de la tuberculosis en Colombia. Informe 2004.
 12. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de malaria en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.
 13. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entorno. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
 14. Colombia, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. En: Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2002.
 15. Colombia. Corte Constitucional. Declaratoria de Inexequibilidad de la Emergencia Social en Salud. Sentencia C-252 del 16 de abril de 2010
 16. Colombia. Gobierno Nacional, Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud, 1993.
 17. Colombia. Gobierno Nacional. Declaratoria de Emergencia Social en Salud. Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009.
 18. Grupo Aval. Indicadores económicos. Producto Interno Bruto (PIB) Histórico. Disponible en: <http://www.grupoaval.com/oc4j/portales/jsp/gaviframes.jsp>. Acceso el 27 de julio de 2006.
 19. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Profamilia Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 2005. Capítulo 3, Características generales de los hogares y de la población. Bogotá: ICDS; 2005:40-41.
 20. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. 2005. Pág. 247-277.
 21. Luque R. Situación de la epidemia en Colombia. Presentación del Día Mundial de Lucha contra el SIDA, Videoconferencia nacional, Servicio Nacional de Aprendizaje, diciembre 2005.
 22. Malagón-Londoño G., Moncayo Medina A. Salud Pública. Bogotá, Editorial Médica Panamericana de Buenos Aires, 2010.
 23. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos, Bogotá, 2008
 24. Montenegro S. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. Departamento Nacional de Planeación; 2005. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_Presentaciones/Presentación_cifras_pobreza_2005. Acceso el 27 de julio de 2006.
 25. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa Nacional de Desarrollo Humano; Agencia Colombiana de Cooperación Internacional; Federación Colombiana de Municipios; Cooperación Técnica Alemana. Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio. Bogotá: NNUU; 2005. Pág.15-16.
 26. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Salud en las Américas 2007 Vol II (países). Publicación Científica y técnica No. 622 Washington D.C., 2007.
 27. Sarmiento A, Tovar LP y Alam C. Citado en: Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005. Bogotá: DNP/PNDH; PNUD; CEPAL; 2006. Pág. 65.
 28. Vélez M. Salud: Negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia. Bogotá, Ediciones Aurora, 2008.
 29. Yepes FJ., Ramírez M., Sánchez LH., Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá, ASSALUD, Universidad del Rosario Facultad de Economía y Mayol Ediciones S. A., 2010.
 30. Malagón-Londoño G., Patiño J.F., Moncayo A., Peña G. Propuesta de Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia, documento 26 agosto 2010.

*Recibido para evaluación: 5 de noviembre de 2010
Aceptado para publicación: 11 de enero de 2011*

*Correspondencia:
Gustavo Malagón Londoño
presidencia@anmdecolombia.org.co*