
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Comentarios a la Ley 715 de 2001

Edilma M. Suárez C.

Enfermera, Magíster en Administración en Salud.
Magíster en Estudios Políticos.
Docente, Facultad de Enfermería,
Universidad Javeriana.

RESUMEN

La actual política social de corte neoliberal ha dado origen a la ley 715 de 2001, que distribuye los recursos para educación y salud en un contexto de disciplina fiscal y recorte al gasto público, (re)definiendo la reasignación de recursos de la Nación a los entes territoriales. Dicha ley se queda corta en materia de indicadores socioeconómicos, así como de acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al poner énfasis en tan solo unos programas del Plan Obligatorio de Salud y al desconocer en la reasignación de recursos a los entes territoriales el retroceso en indicadores socioeconómicos y de desarrollo humano para Colombia.

PALABRAS CLAVE:

Ley 715 de 2001, política de salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad.

ABSTRACT

The current neo liberal social policy has given origin to law 715 of 2001, which distributes the resources for education and health in a context of fiscal discipline and decrease of public expenses, defining the assignation of resources of the Nation. Such law is short in socioeconomic indicators, and actions of health promotion and prevention of disease, making emphasis only on some programs of Obligatory Health Program and ignoring the assignation of resources to departments of socio economic and human development indicators for Colombia.

KEY WORDS:

Law 715 of 2001, health policy, health promotion, disease prevention.



La ley 715 de 2001 es un componente más de la actual política de salud, que profundiza las medidas neoliberales en materia de política social y de ajuste fiscal y responde a exigencias de los organismos de financiación internacional, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Por lo tanto, con esta ley el avance en indicadores de salud y mejora de la calidad de vida de la población no es muy claro a corto y mediano futuro, teniendo en cuenta la reducción de los recursos económicos¹ y humanos destinados a los servicios de salud y la falta de claridad en la implementación de nuevas leyes.

La ley 715 de 2001 regresa acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los entes territoriales, decisión que es aplaudida desde la crisis que vive la red hospitalaria pública; sin embargo, las autoridades sanitarias exigen metas de cobertura a las empresas sociales del Estado² –ESE–, que bajo la actual crisis hospitalaria tienen serias restricciones para ampliar la infraestructura y el recurso humano en salud, y de esta manera cubrir una mayor demanda de servicios. Por otra parte, con la reasignación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se desarticula y desconcentra la prestación de servicios, por lo que los usuarios deben acudir a diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud para acceder a los programas y servicios requeridos, lo que le genera a la población mayores barreras al acceso, por la desinformación, el incremento en los costos de transporte y las largas filas para lograr la facturación en cada centro de atención.

Por lo tanto, el presente artículo contextualiza la ley 715 de 2001 en el ambiente socioeconómico imperante en el país desde comienzos de la década de los 90, ubica la política de salud dentro de las exigencias de la nueva política social neoliberal y analiza las implicaciones de estos determinantes políticos en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el sector de la salud.

Contexto socioeconómico

La globalización, junto con la nueva etapa de acumulación de capital, “el neoliberalismo”, ha generado reformas estructurales en todos los sectores de la vida nacional. En el caso de Colombia, estas reformas consistieron en: “disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria, liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y la protección a los derechos de propiedad” (1). Ciertamente, la reforma que ha tenido mayor impacto en la sociedad colombiana ha sido la reducción del gasto público, junto con la modernización del Estado, es decir, la reducción de sus funciones, ante el argumento de una mayor eficiencia del sector privado frente al sector público.

Es así como doce años después de la implantación del modelo de corte neoliberal en el país, los resultados obtenidos no podrían ser peores, mucho más si se comparan con los obtenidos en la década de los años 80, conocida como la década

perdida. Pues bien, en el componente social, la situación de Colombia en esta década parece algo exitosa: evitó los grandes desbalances macroeconómicos que caracterizaron a los países de la región, y la nación experimentó, después de Chile, el ritmo más alto de crecimiento económico durante las dos últimas décadas; por esta razón, se pudo evitar el aumento en la pobreza y el deterioro en la distribución del ingreso, que experimentaron otros países en la región (13). Sin embargo, durante la década de los años 90 los indicadores sociales no han avanzado y, lo que es peor, algunos han retrocedido dos décadas, como ocurre con el índice de pobreza para Colombia.

En efecto, la pobreza medida por necesidades básicas insatisfechas –NBI– se redujo de 70,2% en 1973 a 32,2% en 1993. Sin embargo, para el año 2002 “la pobreza cobija al 64% de la población, 27 millones de habitantes”³; el 59,8% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 23,4% está por debajo de la línea de indigencia (once millones), mientras que hace diez años era del 20%. Asimismo, la pobreza en el campo es del 82,6% y el grado de indigencia, del 40%⁴.

1. Si bien es cierto que durante la década de los 90 se incrementaron los recursos para salud hasta un 11% del PIB, también lo es que gran parte de estos recursos se han quedado en los bolsillos de las empresas aseguradoras, quienes para ampliar su margen de utilidad han impuesto medidas de contención de costos, que atentan contra la salud de la población.
2. Estas empresas sociales del Estado son instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter estatal, que se han convertido en empresas autofinanciables, en el marco de la descentralización y modernización del Estado.
3. “Colombia tiene recursos para reducir la pobreza, afirma el Banco Mundial”. En *El Tiempo*, 8 de mayo de 2002.
4. “La problemática social que recibe el próximo gobierno”. En *El Tiempo*, 15 de junio de 2002.

En relación con la distribución del ingreso en Colombia, en 1978 el decil más rico de la población recibía el 47,9% de los ingresos totales, mientras que las personas de los estratos medio y medio alto recibían el 12,4%; en 1995 esa proporción se había elevado, para el decil más rico, a 51,0% (13). Después de doce años de implantación del modelo hay una grave concentración en el mercado de capitales: las diez empresas más grandes absorben el 75% del negocio, y el ingreso se concentra en los tres centros de producción del país –Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca–; la propiedad del 53% de la tierra está en manos del 1,08% de la población, mientras que hace diez años el 1,4% de esta controlaba el 46% del territorio, es decir, que Colombia ha retrocedido diez años en concentración de la riqueza⁵.

La exclusión social ha llevado a que 2,5 millones de niños no puedan acceder a la educación, y el analfabetismo llega al 8% de la población mayor de 15 años –un incremento de tan solo 4% en casi 20 años, según cifras de 1985–. Al finalizar el gobierno de Pastrana, la cobertura educativa fue muy precaria, pues “alrededor de 270.000 niños accedieron a la escuela con los programas de ampliación de la cobertura, según el ministro de Educación de la época, Francisco Lloreda, pero sin llegar a las aulas continúan 2.500.000 menores en todo el país, un índice alto frente a 7.500.000 niños y jóvenes escolarizados”⁶.

El desempleo alcanzó en el año 2000 el 17,9%, especialmente en mujeres y jóvenes, es decir, 3.560.000 colombianos están desocupados, mientras que los empleados suman 16,4 millones⁷. En tanto la cifra de población empleada se reduce, se incrementa la de subempleados, que según el diario *El Tiempo* pasó de 31,6% en el año 2001 al 34% en el 2002⁸.

Se han obtenido buenos resultados en materia de ampliación de servicios: el acueducto pasó de 60% al 79%; el alcantarillado, del 50% al 60%; de ocho líneas telefónicas por cada 100 mil habitantes se pasó a 23; en menos de diez años, los usuarios del gas natural pasaron de 300 mil a 2,4 millones; sin embargo, continúa el calvario con los servicios públicos⁹, debido a que entre 1990 y 2001 el precio real de la energía subió por encima del 84%, y se acerca el desmonte del sistema de subsidios en la población de menores ingresos.

A la ya crítica situación social hay que sumarle el desplazamiento que sufre el país, ocasionado en su mayoría por el conflicto armado, que afecta con mayor intensidad los departamentos de Cundinamarca, Bolívar, Antioquia, Santander, Norte de Santander, Valle del Cauca y Córdoba. El desplazamiento se ha incrementado desde 1985, contabilizando que desde esta fecha, hasta 1994, afectó a 700.000 personas; entre 1995 y 1999, esta cifra superó el millón (89.000 en 1995, 181.000 en 1996, 257.000 en 1997, 308.000 en 1998 y 225.000 entre enero y septiembre de 1999), para un total de 1.843.000 colombianos desplazados por el conflicto armado entre 1985 y 1999¹⁰(4).

Durante los últimos quince años, uno de cada cuarenta colombianos ha sido desplazado. Las mujeres y los niños han sido los más afectados; en 1996, las mujeres desplazadas representaban el 53%, y los hombres el 47% del total de la población desplazada; asimismo, el 31% de las mujeres eran jefes de hogar¹¹. En la actualidad, las familias desplazadas con mujeres jefes de hogar son el 44,1%¹², situación que incrementa el riesgo de enfermar y morir para toda la familia.

Por otra parte, la deuda externa del país con los organismos de financiación internacional crece cada vez más, a tal punto de que para el año 2000 se encontraba en US\$ 36.000 millones, que equivalían al 36% del PIB; en el año 2001 llegó a US\$ 38.752, debiendo destinar el país 47% del PIB, y en el año 2002 representó el 54,2% del PIB¹³. El incremento de la deuda externa, junto con los intereses y exigencias de las agencias de financiación, han propiciado permanentes recortes en inversión pública y han exigido a los países reformas en materia fiscal, como ocurre en Colombia con la iniciativa del referendo, que busca la profundización en las ya continuas reformas fiscales, perpetuando la inequidad y la crisis social.

Pues bien, bajo este contexto socioeconómico surgen el acto legislativo 012 y la ley 715 de 2001, el primero como una reforma a la Constitución de 1991, que proclama a Colombia como un Estado social de derecho, y la segunda como una ley que reforma la ley 60 de 1993 y que está por encima de la ley 100 de 1993. Por lo tanto, la 715 de 2001 es una ley que

5. *Ibíd.*

6. “Retrovisor a los tres años del presidente Pastrana”. En *El Colombiano*, martes 18 de junio de 2002.

7. “Desempleo récord de 17,9%”. En *El Tiempo*, domingo 3 de marzo de 2002.

8. “Subempleo aumenta de 31,6% al 34% en marzo”. *El Tiempo*, martes 2 de abril de 2002.

9. “El calvario de los servicios públicos”. *El Tiempo*, domingo 31 de marzo de 2002.

10. Codhes. *Un país que huye*, Santa Fe de Bogotá, <http://www.codhes.org.co>.

11. Conferencia Episcopal Colombiana. Boletines de CODHES y SISDES, No. 1 (agosto 2 de 1996) y No. 2 (septiembre 10 de 1996). Citado por Rafael Rueda, 30 de mayo a 2 de junio de 2000.

12. Defensoría del Pueblo. Tomado de *El Tiempo*, 23 de abril de 2000, p. 14b, citado por Rafael Rueda Bedoya, Santa Fe de Bogotá, 30 de mayo de 2000.

13. Colombia, “Deuda pública y sostenibilidad fiscal”. En: *Informe de la Junta Directiva del Banco de la República al Congreso*, marzo de 2002, p. 44.

distribuye los recursos destinados a educación y a salud, y que está en concordancia con la política social neoliberal de recorte a la inversión social¹⁴.

La política de salud

Asa Cristina Laurell¹⁵, en su artículo *La política de salud en el contexto de las políticas sociales*, hace una descripción acertada de la actual política de salud, en los siguientes términos:

La política de salud concreta, que se desprende de la política social neoliberal, tiene dos grandes ejes: la mercantilización de la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud, y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para los comprobadamente pobres (10).

En Colombia, la implementación de esta política social neoliberal en materia de salud se inició con la Constitución Nacional de 1991 y la ley 100 de 1993. En el caso de la Constitución Nacional, se establece el derecho de la población al aseguramiento, en lugar del derecho a la salud, y se legitima la intervención de la empresa privada. Con la ley 100 de 1993, que introduce reformas estructurales en el sector, se reduce la intervención del Estado a un plan de atención básica y se deja en manos de las empresas privadas la administración y prestación de los servicios de salud por la vía del aseguramiento.

Asa Cristina, en otro artículo, que titula *La salud: de derecho social a mercancía*¹⁶, analiza la política de salud propuesta por el Banco Mundial en su *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, señalando que este informe obedece a dos objetivos: “el primero compatibiliza la salud con la doctrina neoliberal, que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y solo bajo ciertas condiciones como tarea pública. Y el segundo, que adecua el gasto público, incluyendo salud”.

La política de salud concreta, que se desprende de la política social neoliberal, tiene dos grandes ejes: la mercantilización de la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud, y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para los comprobadamente pobres.

Es en este marco donde se ubica la ley 715 de 2001, en especial en el contexto de los compromisos derivados de la deuda externa y ante la necesidad de nuevos préstamos y exigencias de las agencias de financiación internacional. Ante esta situación, el gobierno de Andrés Pastrana firmó un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI), que establecía la política económica para los años 1999 a 2002, fijando metas para cada año y estableciendo un sistema de monitoreo del FMI al país. Entre los diferentes compromisos acordados se encuentra la presentación al Congreso de las siguientes iniciativas:

“Un proyecto de reforma de segunda generación a la seguridad social que modifique la ley 100, un proyecto de creación de un fondo pensional de las entidades territoriales y un proyecto de reforma constitucional para desatar las transferencias a los entes territoriales de los ingresos corrientes del gobierno central, (...)” (12).

Es así como este acuerdo dio origen al acto legislativo 012 de 2000 y la ley 715 de 2001. El acto legislativo reformó la Constitución, al cambiar el sistema de transferencias a los entes territoriales, determinando una cantidad de los ingresos corrientes de la nación, que permanece fija en términos reales; es decir, las transferencias crecerán en relación directa con el producto interno bruto, la inflación, los reajustes tributarios y el recaudo de impuestos (9). Esto fue posible con la modificación de los artículos 356, 357, 358 y 359 de la Constitución Nacional de 1991, que establecían el situado fiscal destinado a los departamentos y las transferencias a los municipios. Según Iván Jaramillo, con esta reforma constitucional el Estado conseguirá ahorrar \$ 1,23 billones anuales y reducir las expectativas de expansión del gasto social en \$ 1.227.926 millones de pesos anuales, reducción que traerá como consecuencia la limitación en 2.128.405 afiliaciones al régimen subsidiado de salud y la disminución de 1.252.000 cupos en las escuelas públicas (16).

Con la aprobación del acto legislativo 012/2000 se facilita la creación de la ley 715 de 2001, que reforma las leyes 10 de

14. El recorte en inversión social tiene dos explicaciones: por una parte, está relacionado con la modernización del Estado y la reducción de sus funciones en el contexto de la lógica neoliberal. La segunda explicación se relaciona con la creciente deuda externa y los acuerdos suscritos entre Colombia y el Fondo Monetario Internacional para cumplir con el pago de los compromisos crediticios.

15. Profesora-investigadora de la Maestría de Medicina Social, UAM-Xochimilco.

16. Publicado en *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert.

1990, 60 de 1993 y 100 de 1993. Esta ley no solo determina las competencias de la nación, los departamentos y los municipios en el sector salud, sino que al transferir de las administradoras de régimen subsidiado (ARS) a los entes territoriales los programas de vacunación, atención en planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino, se visibiliza el poco interés que tienen las empresas aseguradoras en este tipo de programas, al considerarlos como no rentables y desconocer el efecto positivo que generan en la población y en el sistema de salud.

Ahora, si bien es cierto que la transferencia de algunos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen un efecto positivo para la red pública, es decir para las ESE, al trasladarles el porcentaje de recursos destinado a estos programas, también lo es que, dadas las restrictivas condiciones económicas de estas entidades, se hace difícil el cumplimiento de las elevadas metas impuestas, ante la necesidad de ampliación en la infraestructura y recurso humano para la nueva demanda de servicios y el bajo costo que reciben por actividad –que para este año se aproxima a \$ 4.800–. Asimismo, resulta poco efectivo que se pretenda fortalecer los programas de promoción y prevención en los entes territoriales, con la condición del logro de las metas o la no transferencia de los respectivos recursos, cuando en por lo menos ocho o más años no se ejerció ningún tipo de vigilancia, control y/o sanción a las empresas aseguradoras responsables de estos programas¹⁷.

Además, el paso de los programas de promoción y prevención a las ESE ha generado mayor demanda de estos, mayor congestión, por las largas filas de espera que tienen que hacer los usuarios para facturar los servicios, y la desarticulación de los programas. Por ejemplo, si se detecta displasia cervical en la toma de la citología, se remite a la paciente (usuaria) a su aseguradora, pero se desconoce si ella acude a su entidad de salud y si recibe tratamiento. En el caso del examen de seno, pese a que se encuentra en la norma técnica¹⁸, como no hace parte de los servicios que son facturados y pagados no se realiza, lo cual es insólito si se tiene en cuenta que en los dos últimos años se ha incrementado la muerte de mujeres por cáncer de seno.

Por otra parte, dadas las actuales condiciones socioeconómicas que vive la población y que ya han sido descritas, se observa cómo la ley 715 de 2001 se queda corta para responder y aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Ahora bien, para comprender la promoción de la salud en la ley 715 de 2001, es imprescindible citar la primera conferencia internacional en Ottawa, Canadá, en el año 1986, que estableció como política la promoción de la salud a través de la creación de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud (15). Y es necesario ubicarla doce años después, en 1998, en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, que determinó cinco prioridades para trabajar en promoción de la salud (15):

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar la capacidad de las comunidades y habilitar al individuo.
- Ampliar y consolidar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario.
- Garantizar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Pues bien, como se observa, la promoción de la salud requiere de un trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario, y no únicamente de las acciones del sector salud y de sus profesionales. Sin embargo, pareciera que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han sufrido transformaciones conceptuales y prácticas en la actual política de salud en Colombia, ya que en una revisión en la hoja electrónica del Departamento Nacional de Planeación se encontró la siguiente definición de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹⁹:

El SGSSS contempla la promoción de la salud como el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y la solución de sus problemas.

17. Ver revista *Salud Colombia*: www.saludcolombia.com/actual/salud50htm.

18. Por la resolución 412, de febrero 25 de 2000, el entonces Ministerio de Salud estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

19. http://www.dnp.gov.co/02_SEC/SALUD/SALUD.HTM.

La prevención de la enfermedad se relaciona con todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente y que determinan la aparición de la enfermedad.

Esta concepción, centrada en la modificación de los estilos de vida, desconoce que el derecho a la salud y, por lo tanto, la promoción de la salud tienen relación con el aseguramiento de los derechos económicos, sociales y culturales que Colombia se comprometió a garantizar de forma gradual en la década de los 60. Sin embargo, este compromiso histórico parece cambiar con la nueva política social neoliberal y las reformas a la salud pública; por lo tanto:

*La llamada “nueva salud pública”
tiende a centrarse en la
elaboración y realización de
programas de
prevención de la enfermedad
y promoción de la salud,
destinados fundamentalmente
a la modificación de conductas
“poco saludables” de los
“estilos de vida”.*

La llamada “nueva salud pública” tiende a centrarse en la elaboración y realización de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, destinados fundamentalmente a la modificación de conductas “poco saludables” de los “estilos de vida”, aunque también, al menos en teoría, a la introducción de cambios medioambientales y sociales no relacionados directamente con el sistema sanitario (8).

En este sentido, menciona Rafael Huertas que se hace una utilización perversa del concepto “estilos de vida”, que lleva a responsabilizar y culpabilizar a la persona por estar enferma, desconociendo el contexto en el que vive. Esto reafirma una vez más el planteamiento de Asa Cristina, al mencionar que la actual política de salud determina que “el bienestar social es una responsabilidad individual, que pertenece al ámbito de lo privado, y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades sociales debe resolverse en la familia o en el mercado” (10).

Se entiende, entonces, que un modelo de salud caracterizado por el aseguramiento, como ocurre en nuestro país, sea uno de atención de la enfermedad, en el que el sujeto compra un seguro para recibir los beneficios cuando pierde su salud, es decir, asegura un evento, como cuando compra un seguro para el carro; por lo tanto, es un modelo en el que la enfermedad es rentable. ¿O cómo podría entenderse la ausencia de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de las aseguradoras (empresas promotoras de salud, administradoras de régimen subsidiado e inclusive administradores de riesgos profesionales)?

En conclusión, la actual política social neoliberal propicia una legislación restrictiva en promoción de la salud y no favorece el trabajo en las cinco prioridades propuestas por la OMS, y es también un llamado de atención a quienes elaboran las leyes, para que tengan en cuenta que la promoción y prevención no son de interés y responsabilidad única del sector salud, y que si bien este sector hace un gran aporte, se requiere de condiciones necesarias y de voluntad política para que sean efectivas y tengan un real impacto en la calidad de vida de la población; de lo contrario, continuarán siendo acciones desarticuladas. Finalmente, puede decirse que en el país falta una política clara de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, por supuesto, una legislación coherente con la situación socioeconómica de la población colombiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahumada, Consuelo. "Política social y reforma de salud en Colombia". En: Revista *Papel Político*, Nº 7, Bogotá, abril de 1998, pp. 9-35.
2. Ahumada, Consuelo. *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*, Áncora Editores, 3ª. reimpresión, Bogotá, 2000.
3. Codhes. *Un país que huye*, Santa Fe de Bogotá, <http://www.codhes.org.co>.
4. Codhes. *Desplazados: lógicas de guerra, incertidumbres de paz*, Santa Fe de Bogotá, mayo 30 de 2000.
5. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Información sectorial: salud*, Bogotá, 2003. http://www.dnp.gov.co/02_SEC/SALUD/SALUD.HTM
6. Colombia. *Informe de la Junta Directiva del Banco de la República al Congreso de la República*, julio de 2002. En: <http://www.banrep.gov.co/junta/CONGRESO-JUL2002.pdf>.
7. Constitución Política de Colombia, 1991.
8. Huertas, Rafael. "Los informes del Banco Mundial". En: *Neoliberalismo y políticas de salud*, España, Editorial El Viejo Topo, 1998, p. 61.
9. Jaramillo, Iván. "El acto legislativo 012 de 2000. Recorte o desaceleración en la política social y en la descentralización". En: Revista "<http://www.saludcolombia.com>", No. 57, 2000.
10. Laurell, Asa Cristina. "La política de salud en el contexto de las políticas sociales". En: Revista *Nueva Gaceta*, segundo semestre, año 1, No. 1, 2000, p. 44.
11. Laurell, Asa Cristina. "La salud: de derecho a mercancía". En: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert. <http://www.boletinaps.org>.
12. "Memorando de políticas con el FMI". En: Revista *Dinero*, Nº 99, Bogotá, diciembre 17 de 1999, pp. 62-71.
13. Ocampo. J. A.; Pérez, M. J.; Tovar, C. E., y Lasso, F. J. *Macroeconomía, ajuste y equidad en Colombia*. 1978-1996. Documento preparado para el proyecto PNUD-CEPAL-BID sobre política macroeconómica y pobreza en América Latina, 1996, p.5.
14. Ocampo, José Antonio. *Colombia y la deuda externa*, Bogotá, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1ª. edición, 1988.
15. OPS. *Promoción de la salud: una antología*, Washington, publicación científica No. 557, 1996.
16. "Con la reforma de la ley 60 se replantea todo el sector salud". En: Revista *Salud Colombia*, Nº 57, Bogotá. www.saludcolombia.com.