

caso de la reforma, lo que en nuestra opinión les resta validez a las conclusiones. Tomemos como ejemplo expresiones tales como “. . . entrevistas realizadas en noviembre de 2004 a médicos y estudiosos y a usuarios del sistema revelaron la existencia de barreras geográficas. . .”, “. . . una enfermera colombiana explicó que no tenía tiempo para los pacientes. . .”, “. . . el resultado final es que en tres municipios que estudiaron Ayala Cerna y Kroeger, el número de pacientes en tratamiento se había reducido. . .” o “. . . posiblemente, a medida que se consolidaban los monopolios, los gastos de promoción y prevención descendieron. . .”. ¿Quiénes y cuántos son los médicos y estudiosos? ¿Puede generalizarse a todo el país lo que piensa una sola enfermera o lo que sucede en tres municipios de los más de mil que tiene Colombia? El gobierno ha dictado normas que reducen los recursos de promoción y prevención de los aseguradores de salud (4), por lo que consideramos que la figura de un monopolio no parece ser la explicación más plausible.

Cuando se responsabiliza a la ley 100 de 1993 por la caída de la cobertura de la vacunación o por el aumento de la incidencia de malaria, dengue y tuberculosis, no se toma en consideración la historia natural de esas enfermedades y su relación con algunos factores importantes, como la situación social, económica y política por la que atravesaba el país en esa época, expresada entre otras cosas en el incremento de la violencia contra las misiones médicas y en el deterioro de la seguridad en las zonas rurales del país donde habita cerca del 40% de la población.

Es posible que el diseño y la forma en que se llevó a cabo la descentralización en Colombia, en particular la de los servicios de salud, haya producido fragmentación y dispersión de esfuerzos en muchos municipios, pero en nuestra opinión, los datos aportados en el estudio no permiten concluir razonablemente que ello fue producto de la ley 100 de 1993. Una revisión más exhaustiva de la información disponible, entre ella el trabajo de Olvera Santana citado por los autores (5), permitiría aclarar cuándo, cómo y bajo el amparo de qué leyes se llevó a cabo la descentralización en Colombia (6–9).

Le agradezco su amable atención.  
Atentamente,

Dr. Luis G. Morales  
Ex Secretario Distrital de Salud  
de Santa Fe de Bogotá,  
Colombia, 1999–2000<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Actualmente: Director del Proyecto REDSALUD II, Santo Domingo, República Dominicana. Correo electrónico: lmorales@reds salud.org.do

## Referencias

1. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares 2000. Santa Fe de Bogotá: DANE; 2000.
2. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Santa Fe de Bogotá: DNP; 2003.
3. Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá. Acuerdo No. 17 del 19 de diciembre de 1997. Santa Fe de Bogotá: Consejo de Bogotá; 1997.
4. Colombia, Congreso Nacional. Ley 715 de 2001. Diario Oficial. 2001;44.654. Hallado en <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0715001.HTM>. Acceso el 24 de octubre de 2005.
5. Olvera Santana L. Análisis de la implementación de la descentralización de los servicios de salud en el Estado de Baja California Sur 1996–2000. [Tesis de maestría]. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública; 2002.
6. Colombia, Congreso Nacional. Decreto Ley 77 de 1987. Santa Fe de Bogotá: Congreso Nacional; 1987.
7. Colombia, Congreso Nacional. Ley 10 de 1990: Redistribución del Sistema de Salud de la República de Colombia. Santa Fe de Bogotá: Congreso Nacional; 1990.
8. Colombia, Constitución Política de Colombia. Santa Fe de Bogotá: Congreso Nacional; 1991. Hallado en [http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/CONS\\_P91.HTM](http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/CONS_P91.HTM). Acceso el 24 de octubre de 2005.
9. Colombia, Ley 60 de 1993: Autonomía en régimen de salud. Diario Oficial. 1993;40.987. Hallado en [http://www.secretaria.senado.gov.co/leyes/L0060\\_93.HTM](http://www.secretaria.senado.gov.co/leyes/L0060_93.HTM). Acceso el 24 de octubre de 2005.

## Editor:

Primero que nada queremos agradecer la oportunidad de aclarar las críticas que el Dr. Luis G. Morales ha enviado a esa redacción en relación con nuestro artículo “Las reformas neoliberales de salud en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, publicado recientemente en esta revista (*Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(3):210–220).

Como primer punto, quisiéramos aclarar que el estudio de caso sobre Colombia es una revisión de la literatura y su carácter científico está dado por el rigor de las metodologías seguidas por los artículos fuente utilizados. Como el lector puede comprobar, los artículos citados han sido publicados en revistas científicas arbitradas de reconocido prestigio internacional que siguen un proceso riguroso de selección mediante revisión por pares, como *Health Policy and Planning*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Health Policy*, *American Journal of Public Health*, e *International Journal of Quality of Health Care*. También se basa en documentos oficiales del gobierno colombiano y artículos e informes elaborados por consultores del Banco Mundial, expertos de la Organización Panamericana de la Salud y especialistas colombianos. Por lo tanto, los resultados

expuestos de la reforma colombiana no se fundamentan en “una única observación de los hechos: la encuesta de calidad de vida realizada en 1997”, sino en las 25 referencias que sustentan el análisis del caso colombiano. Dichas referencias pudieron haber sido muchas más, pero las normas de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, como las de muchas otras revistas científicas arbitradas, establecen límites a la extensión del texto y al número de referencias que se pueden emplear.

En cuanto a “la fuente, el contenido y la representatividad de algunas frases”, el lector podrá constatar que, dentro de los límites que impone la *Revista* al número de referencias, las frases citadas están respaldadas por fuentes, el contenido es obvio y la representatividad depende de cada artículo citado. Como se sabe, las entrevistas en profundidad no pretenden ser representativas, como lo explican los textos de introducción a la metodología de la investigación científica (1). En el caso concreto de la frase “una enfermera colombiana explicó que no tenía tiempo para los pacientes. . .”, esta se tomó de un estudio realizado en cuatro países latinoamericanos por un equipo altamente calificado (2) y refleja de una forma concisa los resultados encontrados mediante una metodología que combina métodos cuantitativos y cualitativos, explicada detalladamente en el texto de ese artículo. Otras menciones sobre la calidad de la atención provienen de la investigación realizada por una prestigiosa economista inglesa y profesora de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido (3).

La actualidad de los resultados que se presentan no está dada por los resultados de una encuesta de calidad de vida realizada en 1997 (4), sino por las referencias empleadas: 22 (88%) de las 25 referencias relacionadas con el caso colombiano son posteriores a 1998 y 19 (76%) son de los últimos 5 años.

La siguiente cita de un libro publicado en 2004 por la fundación colombiana Misión Salud, presidida por el cardenal Pedro Rubiano Sáenz, puede dar a los lectores una idea de los resultados de la reforma colombiana: “De acuerdo con un estudio de la Defensoría del Pueblo de Colombia, de más de medio millón de tutelas interpuestas ante la Corte Constitucional entre 1999 y 2003 por colombianos que consideraban vulnerados sus derechos fundamentales, la cuarta parte (145 360) fue interpuesta por ciudadanos a quienes las instituciones prestadoras de servicios de salud del régimen contributivo (EPS) y del régimen subsidiado (ARS) les negaron servicios de salud básicos o vitales. De estas, 87 300 tutelas fueron a favor de los deman-

dantes por tratarse de medicamentos u otros servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El resto, al igual que los miles de pacientes que no recurrieron a este instrumento legal, muy seguramente se quedaron sin tratamiento. Desde otro ángulo, una investigación del Fondo de Población de las Naciones Unidas revela que en Colombia las dos terceras partes de las personas mayores de 60 años no tienen ningún tipo de cobertura y dependen de la atención de familiares de escasos recursos” (5).

Esta es la realidad de la privatización y de la reforma realizada en Colombia después de que el gobierno prácticamente triplicó los recursos asignados al sector sanitario. En 2004, el gobierno municipal de Santa Fe de Bogotá declaró que 30% de la población de ese municipio no tenía acceso a servicios de salud (6).

Numerosos autores coinciden en que la salud pública se ha deteriorado con la implementación de la Ley 100. En este sentido, las referencias empleadas para respaldar tal afirmación proceden de fuentes autorizadas, como el Senado de la Nación (7), Tono et al. (8) y Ayala Cerna y Kroeger (9). Por otra parte, la situación de violencia política en Colombia no es un fenómeno nuevo, pues las guerrillas colombianas son las más antiguas en América Latina. Como anécdota personal, los dos autores fueron interceptados en ocasiones distintas (1970 y 1992) por el ejército colombiano y la guerrilla mientras viajaban en ambulancias del Ministerio de Salud cuando trabajaban para el Banco Mundial y para la Organización Mundial de la Salud.

No queda clara la referencia que se hace al proceso de descentralización en Colombia, que ambos autores tuvieron la posibilidad de seguir de cerca. La primera autora ha estudiado la implementación de la Ley 10 (10, 11) y participó en reuniones con el ministro de salud y su equipo, consultores y funcionarios del Banco Mundial en las que se discutió el modelo de reforma; además, fue supervisora del proyecto del Banco Mundial sobre la municipalización de la salud en Colombia. El coautor fue asesor del ministro de salud de 1966 a 1970, por lo que pudo seguir el proceso de *centralización hospitalaria* en la década de 1960.

Por último, el Dr. Morales llama la atención acerca de que el empleo de referencias *ad hominem* le resta objetividad al artículo. Sin embargo, en los párrafos que cita en su carta no hemos encontrado nada que se pueda considerar *ad hominem*.

Al revisar detalladamente el trabajo publicado a la luz de los comentarios del Dr. Morales, los autores no pueden menos que reiterar sus conclu-

siones acerca del fracaso de la reforma de salud en Colombia.

Atentamente,

**Nuria Homedes, MD, PhD**

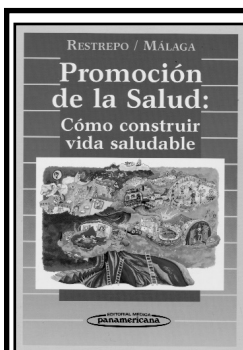
Profesora Asociada, Universidad de Texas–Houston, Escuela de Salud Pública  
nhomedes@utep.edu

**Antonio Ugalde, PhD**

Profesor Emeritus, Universidad de Texas–Austin, Departamento de Sociología  
augalde@mail.la.utexas.edu

## Referencias

- Magalhães Bosi ML, Mercado FJ, comp. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis (Brazil): Editora Vozes; 2004.
- Guevara EB, Mendias EL. A comparative analysis of the changes in nursing practices related to health sector reform in five countries of the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12:347–53.
- McPake B, Yepes FJ, Lake R, Sánchez LH. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy Plan*. 2003;18(2):182–94.
- Grupo de Economía de la Salud. Cobertura del seguro de salud en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social*. 2001;1(1): 1–11.
- Holguín Zamorano G. La bolsa y la vida. Santa Fe de Bogotá: Misión Salud; 2004.
- Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá. Salud a su hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Santa Fe de Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2004.
- Colombia, Senado de Colombia. Ponencia Proyecto de Ley 052/04. Santa Fe de Bogotá: 2 de noviembre 2004.
- Tono T, Velásquez L, Castañeda L. El impacto de la reforma sobre la salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva. Santa Fe de Bogotá: Fundación Corona, Engender Health Foundation Ford; 2002.
- Ayala Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1771–81.
- La Forgia GM, Homedes N. Decentralization of health services in Colombia. A review of progress and problems. A report to the World Bank. Washington, D.C.: World Bank; 1992.
- Banco Mundial. Colombia—towards increased efficiency and equity in the health sector. Can decentralization help? Washington, D.C.: World Bank; 2004. (Report No. 11933-CO).



### ***Promoción de la salud: cómo construir vida saludable***

Con el noble empeño de despertar conciencia sobre la importancia de "construir salud" mediante la promoción de la salud, los autores de este libro hacen un aporte inestimable a las instituciones y personas que tienen la responsabilidad de fomentar el bienestar de las poblaciones. En América Latina se hace imprescindible el trabajo dirigido hacia la promoción de la salud, como única opción para reducir las brechas existentes en la salud y el bienestar de las personas.

Este libro profundiza los conceptos teóricos y prácticos de la promoción de la salud como meta para avanzar en la búsqueda de la equidad en los niveles locales, con la aplicación de diversas estrategias adaptadas a los entornos en que las personas viven y trabajan.

2001 • 298 pp. • ISBN 958 9181 55 4 • Código: OT 129 • Precio: US\$ 25.00/US\$ 20 en América Latina y el Caribe

<http://publications.paho.org> • Fax: (301) 206-9789 • Correo electrónico: paho@pmds.com