

Indicadores de Salud*

En esta oportunidad la sección de indicadores esta dedicada a la salud, más específicamente se trata de esbozar las condiciones de la prestación de servicios de salud mediante el análisis de algunas variables que señalan su condición actual y los resultados en este campo. El tipo de comentario hecho a los datos consiste en una comparación de Colombia respecto a varios países del mundo, ubicados según su nivel de ingreso *per capita*.

Debe reconocerse la relevancia del estudio de la salud y el significativo número de variables que este tema incluye, por ello se han seleccionado algunas que pueden resultar más importantes para el tipo de análisis a realizar, estas son: Mortalidad infantil, mortalidad infantil antes de 5 años, inmunización contra sarampión, inmunización por DPT, médicos por habitantes, habitantes por camas de hospital, nacimientos atendidos por personal entrenado y gasto en salud.

* Elaborado por Jorge H. Barrientos, Juan M. Gallego y Rodrigo Taborda R.

I. MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD ANTES DE 5 AÑOS

La población infantil en el mundo es la más golpeada por la pobreza, enfermedades y muerte prematura. Normalmente los países con ingresos más bajos son los que encabezan la lista en este aspecto.

Los cuadros 1 y 2 señalan que en Latinoamérica y el Caribe por cada mil niños nacidos vivos 49 mueren antes de cumplir el primer año de vida. Los países de bajo ingreso, junto con los países ubicados en África subsahariana y en el sur de Asia, participan con altos niveles de mortalidad infantil a nivel mundial, presentando 106 niños muertos por cada mil nacidos vivos. En conjunto, los países de ingreso medio bajo tienen un promedio de 36. Colombia, ubicada en este grupo presenta una cifra de 20 niños; la cifra es aceptable dado que el promedio de los países de Europa y Asia central es de 23 niños.

En cuanto a la mortalidad antes de 5 años los países de bajo ingreso son los más afectados con un promedio de 101 niños, esta cifra debe entenderse como el número de niños con posibilidad de

morir antes de cumplir los 5 años; para Colombia este valor es de 24 un poco alejado del promedio de los países de ingreso medio bajo y de Latinoamérica y el Caribe que son 47 y 49 respectivamente; en esta categoría los países de Europa y Asia central presentan una cifra desafiante para los países latinoamericanos con un promedio de 31 niños con probabilidad de morir antes de alcanzar 5 años.

Respecto a la mortalidad infantil en Latinoamérica y el Caribe, Colombia parece no estar en una mala posición, si se compara con Haití y Honduras. Estos dos países presentan valores cuatro y dos veces mayores, pues en ambos mueren 86 y 47 niños por cada mil nacidos vivos. De hecho, según las estadísticas, Colombia está mejor ubicada que Argentina y México, países en los cuales mueren 23 y 35 niños respectivamente. En cuanto a la mortalidad antes de 5 años podría decirse que Colombia lleva la "delantera" pues de cada mil niños nacidos antes de cumplir los cinco años solo 24 mueren, mientras que Honduras y Haití tienen valores tres y seis veces mayores a este. Es pertinente anotar que Colombia está en mejor posición frente a México, Argentina y Brasil

Cuadro 1
Mortalidad infantil.

INGRESO BAJO		INGRESO MEDIO-BAJO		INGRESO MEDIO-ALTO		PROMEDIOS	
Armenia	15	Cuba	10	Puerto Rico	12	Latino America y el Caribe	41
Bosnia-Herzegovina	19	Croacia	11	Chile	12	Occidente medio y Norte Africa	48
Azerbaijan	25	Tailandia	12	Uruguay	19	Europa y Asia central	23
China	30	Costa Rica	13	Argentina	23	Africa sub-saharica	92
Albania	31	Bulgaria	15	Arabia Saudita	26	Asia Occidental	35
Vietnam	42	Federación Rusa	19	México	35	Sur Asia	73
Honduras	47	Colombia	20	Sur Africa	50	Ingreso bajo	58
Nicaragua	51	Panamá	20	Brasil	56	Ingreso medio bajo	36
Camerun	57	Rumania	24				
Kenia	59	Libano	32	INGRESO ALTO. MIEMBROS DE LA OECD			
India	70	Paraguay	34	Japon	4		
Ghana	74	Corea	36	Austria	6		
Haití	86	Ecuador	37	Alemania	6		
Pakistan	92	Filipinas	40	Francia	6		
Nigeria	120	El salvador	42	Holanda	6		
Etiopia	120	Guatemala	44	Suiza	6		
Somalia	130	Iran	47	Reino Unido	6		
		Perú	48	Canadá	6		
		Irak	54	Italia	7		
		Bolivia	71	Espana	7		
				Belgica	8		
				Portugal	8		
				Estados Unidos	8		

Nota: Los datos corresponden a la más reciente estimación entre 1989 y 1994.
Tomado de: The World Bank. *Social Indicators of Development*. Johns Hopkins. 1996.

con 32, 27 y 71 niños respectivamente.

II. PREVENCIÓN

Los gobiernos comparten la opinión de mantener niveles óptimos en la salud pública de sus naciones, aunque se hace evidente que en muchos países esto no se ha logrado completamente. Es importante que ellos aborden programas eficaces de prevención, los cuales permitan, a bajos costos, obtener óptimos resultados en la inmunización de la población infantil traduciéndose esto en bajas tasas de mortalidad en este grupo poblacional. Para hacer comparaciones internacionales en este tema se consideraron las variables: Inmunización contra el sarampión e inmunización contra DPT.

A. INMUNIZACIÓN CONTRA DPT.

La variable inmunización contra DPT mide el porcentaje de niños menores de un año vacunados completamente contra el DPT (Difteria, tosferina, tétano). En el cuadro 3, se presentan los datos estadísticos de acuerdo a los ingresos económicos de los países. La ubicación de estos en sus grupos responde a un orden

descendente en el porcentaje de vacunación.

Para el grupo de ingresos bajos China es el país más representativo con una vacunación del 93% para 1994, mucho mayor que el promedio de su grupo 86%. Por el contrario, para ese mismo año, Nigeria solo vacunó un 24% de sus niños. Colombia ubicada en los lugares medios de su grupo (países de ingreso medio bajo) obtuvo una vacunación del 75% un poco por debajo del promedio del grupo 77.4%. Aunque Colombia está por encima de países como los del África subsahariana, Ecuador, Guatemala y Paraguay e incluso de países industrializados como Francia, Austria, Japón e Italia, es importante ver que, Colombia está por debajo y relativamente alejada de la gran mayoría de los países industrializados y de algunas naciones como Argentina y Cuba con un 99% de vacunación en ambos países para 1994. Esto indica que a pesar de los esfuerzos hechos por alcanzar unos niveles óptimos de prevención, aún es necesario establecer políticas eficaces y mejoras en infraestructura clínica que permitan alcanzar bajos costos junto con una mayor población infantil vacunada.

Cuadro 3
Inmunización contra DPT

INGRESO BAJO		INGRESO MEDIO-BAJO		INGRESO MEDIO-ALTO		INGRESO ALTO MIEMBROS DE LA OECD	
China	95	Cuba	99	Arabia Saudita	94	Portugal	98
Honduras	94	Bulgaria	99	Uruguay	88	Holanda	97
Albania	94	Rumania	97	Argentina	84	Estados Unidos	97
India	90	Costa Rica	95	Chile	84	Francia	95
Vietnam	83	Ecuador	89	Brasil	75	Italia	95
Pakistan	81	Iran	88	Sur Africa	67	Belgica	94
Nicaragua	71	Filipinas	88	México	64	Austria	90
Camerun	56	Panamá	86			Suiza	90
Etiopia	44	Colombia	84			Noruega	89
Ghana	43	Perú	81			Japon	87
Haiti	41	Libano	80			Reino Unido	85
Kenia	36	Paraguay	79			Canadá	85
Zaire	23	Tailandia	74			Alemania	80
Nigeria	18	Irak	69			España	73
Somalia	18	Corea	69				
		Guatemala	63				
		El salvador	60				
		Bolivia	58				

Nota: Los datos corresponden a la más reciente estimación entre 1989 y 1994.

Tomado de: The World Bank, *Social Indicators of Development*. Johns Hopkins, 1996.

B. INMUNIZACIÓN CONTRA SARAMPIÓN.

La lectura de esta variable es similar a la anterior. En el grupo de países con ingresos bajos, China y Honduras obtuvieron, en 1994, una vacunación del 95% y 94% respectivamente, muy por encima del promedio de este grupo de países (82%). A diferencia de ellos los países con una menor cobertura son Somalia y Nigeria, con un 18%. Colombia, por otro lado, tuvo un nivel de 84% dos puntos por encima del promedio de su grupo 82%. Nuevamente, al comparar a Colombia con otros países se sitúa por debajo de las naciones industrializadas las cuales tienen un promedio de 90% y de naciones como Cuba con un 99% de vacunación. El paso a seguir, según estas estadísticas, para Colombia sería mejorar sus políticas de inmunización en busca de niveles aun mayores de cubrimiento.

III. OFERTA DE RECURSOS SOBRE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Mediante los indicadores de esta sección se esboza la accesibilidad a los servicios básicos de salud a través de la oferta de algunos recursos relacionados en-

tre sí como son, médicos por habitante, número de camas de hospital y número de partos atendidos por personal capacitado.

A. Médicos por habitantes.

En el análisis de la prestación de servicios de salud, la variable, médicos por habitantes, es el indicador inicial de cualquier tipo de comparación internacional respecto a oferta de recursos. La variable puede ser entendida como un cálculo de la cobertura o accesibilidad a un servicio de salud, mientras más médicos por habitantes haya mayor será la capacidad de atención del sistema de salud existente. Tomando la cifra como un simple promedio, esta debe leerse como el número de médicos por cada mil habitantes. Para el cálculo de esta cifra se considera el número total de practicantes registrados en el país correspondiente.

En la clasificación por niveles de ingreso, para el grupo de países de ingreso bajo, Armenia encabeza la lista con amplia superioridad (4.28), seguida de Albania y China a cierta distancia con (1.39) y (1.37). En este punto se presenta un "corte" en la continuidad de los datos expresando claras diferencias para

Cuadro 5
Medicos por habitante

INGRESO BAJO		INGRESO MEDIO-BAJO		INGRESO MEDIO-ALTO		INGRESO ALTO MIEMBROS DE LA OECD	
Armenia	4.28	Federación Rusa	4.69	Argentina	2.99	Italia	4.69
Albania	1.39	Cuba	3.75	Uruguay	2.90	Austria	4.34
China	1.37	Bulgaria	3.19	Puerto Rico	2.55	España	3.60
Nicaragua	0.60	Rumania	1.79	Arabia Saudita	1.52	Belgica	3.21
India	0.41	Ecuador	1.04	Brasil	1.46	Francia	2.89
Vietnam	0.35	Perú	1.03	Sur Africa	0.61	Alemania	2.73
Pakistan	0.34	Colombia	0.87	México	0.54	Portugal	2.57
Honduras	0.32	Corea	0.73	Chile	0.46	Noruega	2.43
Nigeria	0.15	El salvador	0.64			Holanda	2.43
Haiti	0.14	Paraguay	0.62			Estados Unidos	2.38
Kenia	0.14	Irak	0.58			Canadá	2.22
Camerun	0.08	Bolivia	0.48			Japon	1.64
Somalia	0.07	Guatemala	0.44			Suiza	1.59
Zaire	0.07	Iran	0.32			Reino Unido	1.40
Ghana	0.04	Tailandia	0.20				
Etiopia	0.03	Filipinas	0.12				

Nota: Los datos corresponden al último valor observado para el período 1988-1992.
Tomado de: Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.*, 1993.

este grupo de países. Para el subgrupo de ingreso medio-bajo, Colombia con (0.87) médicos por cada mil habitantes, ocupa un lugar intermedio, bastante retirada de los mejores valores, correspondientes a Federación Rusa y Cuba. Se observa que los cuatro primeros valores de esta categoría corresponden a países que vienen de una estructura económica socialista (excepto Cuba). Por otro lado, en los países de ingreso medio-alto y alto se presentan niveles superiores y más estables a través de las economías, ¿podríamos leer estos valores como "ideales" al pertenecer a países con una economía de mercado consolidada y niveles de desarrollo constantes? Es posible, estas economías en donde la planificación y el presupuesto es suficiente para el manejo eficiente de estos recursos, deberían mostrar niveles suficientemente contundentes para considerar tales cantidades como cifras objetivo. Allí se observa un buen grupo de países con valores entre 2 y 3 médicos, Colombia frente a este intervalo esta bastante alejada.

En el entorno Latinoamericano, Cuba toma el primer lugar, seguida por Argentina, Uruguay y Puerto Rico; nuevamente Colombia parece estar bastante alejada

de niveles realizables respecto a su situación geográfica pues se ubica en la segunda mitad del grupo.

B. Población por cama de hospital.

Conjuntamente con el número de médicos por habitantes, esta variable expresa la capacidad del sistema de salud respecto a la prestación clínica básica necesaria. En la medición de la variable se considera el número de camas disponibles en hospitales y centro de rehabilitación, públicos, privados, generales o especializados; además se considera como hospital un establecimiento permanentemente atendido por un médico.

En este indicador debe entenderse que entre menos personas por cama, mejor ubicación logra el país. Y de nuevo surge la pregunta, ¿cual será el nivel ideal? respecto a la economía de la salud, este es un problema de difícil identificación. Se conoce la oferta de servicios pero no la demanda, en este caso, ¿cuándo se llegará al equilibrio o al menos a la eficiencia?

Todo el subgrupo de países de ingreso medio-bajo, supera a economías bastante estancadas como Haití, Somalia o Etiopía. A su vez Colombia esta ubicada en los últi-

Cuadro 6
POBLACION POR CAMA DE HOSPITAL

INGRESO BAJO		INGRESO MEDIO-BAJO		INGRESO MEDIO-ALTO		PROMEDIOS	
Azerbaijan	96	Federación		Argentina	218	Latino America	
Armenia	120	Rusa	79	Uruguay	221	y el Caribe	512
Albania	248	Bulgaria	101	Brasil	300	Occidente	
Vietnam	261	Rumania	127	Chile	320	medio y Norte	
Camerun	393	Cuba	207	Arabia Saudita	401	Africa	623
Nicaragua	538	Tailandia	300	México	801	Europa y Asia	
Kenia	602	Irak	603			central	136
China	612	Ecuador	608			Africa sub-	
Ghana	685	Corea	615			saharica	1316
Zaire	702	Filipinas	655			Asia	
Honduras	993	Guatemala	673	INGRESO ALTO		Occidental	612
Haiti	1250	El salvador	699	MIEMBROS DE LA OECD		Sur Asia	1675
Somalia	1333	Perú	708	Japon	64	Ingreso bajo	1034
India	1371	Iran	724	Canadá	67	Ingreso medio	
Pakistan	1769	Colombia	733	Suiza	93	bajo	592
Etiopia	4141	Bolivia	759	Austria	95	Ingreso alto	145
		Paraguay	1087	Francia	104		
				Belgica	121		
				Italia	131		
				Reino Unido	161		
				Holanda	176		
				Estados Unidos	194		
				Espana	209		
				Noruega	211		
				Portugal	227		

Nota: Los datos corresponden a la más reciente estimación entre 1989 y 1994.

Tomado de: The World Bank. *Social Indicators of Development*. Johns Hopkins. 1996.

mos lugares de su grupo con 733 personas por cama por año. Nuevamente los países de estructura económica socialista o ex-socialista están en los primeros lugares con niveles muy alejados de los colombianos. Observando los países de la OECD, la cifra más alta la tiene Portugal con 227 personas, definitivamente lejos de la colombiana. En este sub-grupo la mitad de los países ubican sus niveles entre 100 y 200, personas por cama, tener estos niveles podría ser un objetivo para Colombia, por supuesto, atravesando primero el promedio de la región de 512 personas; pero a la hora de buscar estos niveles "ideales" viene la discusión entre infraestructura e ineficiencia, podría ser que Colombia lograra una cifra excepcional en este indicador, superando a países de alto desarrollo, pero ¿responderían estos niveles a las reales necesidades del país? ó ¿habría subutilización de recursos?

C. Nacimientos atendidos por personal entrenado.

Que un sistema de salud pueda ofrecer las condiciones adecuadas y el personal para un proceso de parto adecuado es una expresión más del bienestar de la población y del nivel de desarrollo del país. En

estas cifras se está incluyendo el personal autorizado que hace parte del sistema de salud para tales actividades; algunos países incluyen las llamadas "parteras" o mujeres que han aprendido el oficio y son solicitadas para tales trabajos, en otros solo médicos.

Para los países de ingreso bajo, se observa cómo en seis naciones africanas menos del 50% de los nacimientos son atendidos apropiadamente, si consideramos la existencia de "parteras" en estos países menos desarrollados, el número de nacimientos atendidos por un médico o auxiliar de enfermería podría llegar a ser bajísimo. Para grupos de ingreso medio bajo, donde se ubica Colombia, se observan niveles más satisfactorios y cerca de la mitad de los países de este grupo muestran que aproximadamente el 75% de los nacimientos han sido atendidos apropiadamente. El dato para Colombia de 94% es satisfactorio, respecto a países desarrollados o miembros de la OECD. Colombia comparte niveles similares que dan cuenta, en esta ocasión, de buen acceso y utilización de los recursos existentes. En comparación con los países del área, Colombia se ubica en los

Cuadro 7
NACIMIENTOS ATENDIDOS POR PERSONAL ENTRENADO

INGRESO BAJO		INGRESO MEDIO-BAJO		INGRESO MEDIO-ALTO		INGRESO ALTO MIEMBROS DE LA OECD	
Albania	99	Bulgaria	100	Chile	98	Japon	100
Vietnam	95	Rumania	100	Uruguay	96	Belgica	100
China	94	Panamá	96	Brasil	95	Holanda	100
Honduras	81	Colombia	94	Arabia Saudita	90	Suiza	100
Nicaragua	73	Costa Rica	93	Argentina	87	Reino Unido	100
Camerun	64	Cuba	90	México	77	Alemania	99
Ghana	59	Corea	89			Canadá	99
Kenia	54	Ecuador	84			Estados Unidos	99
Nigeria	37	Tailandia	71			Espana	96
Pakistan	35	Iran	70			Francia	94
India	33	Paraguay	66			Portugal	90
Haití	20	El salvador	66				
Etiopia	14	Bolivia	55				
Somalia	2	Filipinas	53				
Zaire	0	Perú	52				
		Guatemala	51				
		Irak	50				
		Libano	45				

Nota: Los datos corresponden al año 1990. Tomado de: World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme, The World Bank. *World Resources*. Oxford. 1996-1997.

CUADRO 8
GASTO EN SALUD
Porcentaje del PIB

PAIS	Gasto total.	Gasto publico	Gasto privado	PAIS	Gasto total.	Gasto publico	Gasto privado	PAIS	Gasto total.	Gasto publico	Gasto privado	PAIS	Gasto total.	Gasto publico	Gasto privado
INGRESO BAJO				INGRESO MEDIO-BAJO				INGRESO MEDIO-ALTO				INGRESO ALTO MIEMBROS DE LA OECD			
Nicaragua	8.6	6.7	1.9	Costa Rica	6.7	-	-	Sur Africa	5.6	3.2	2.4	Estados Unidos	13.3 ^a	5.6	7.0
Haiti	7.0	3.2	3.8	Corea	6.6	2.7	3.9	Arabia				Canadá	9.9 ^a	6.8	2.4
India	6.0	1.3	4.7	El salvador	5.9	2.6	3.3	Saudita	4.8	3.1	1.7	Alemania	9.1 ^a	5.8	2.2
Honduras	4.5	2.9	1.6	Panamá	5.6	-	-	Chile	4.7	3.4	1.4	Francia	9.1a	6.6	2.3
Kenia	4.3	2.7	1.6	Bulgaria	5.4a	4.4	1.0	Uruguay	4.6	2.5	2.1	Suiza	8.8a	5.1	2.4
Etiopia	3.8	2.3	1.5	Tailandia	5.0	1.1	3.9	Brasil	4.2	2.8	1.4	Austria	8.5a	5.5	2.8
China	3.5	2.1	1.4	Ecuador	4.1	2.6	1.6	Argentina	4.2	2.5	1.7	Noruega	8.4a	7.0	0.3
Ghana	3.5	1.7	1.8	Bolivia	4.0	2.4	1.6	México	3.2	1.6	1.6	Italia	8.3 ^a	5.8	1.7
Pakistan	3.4	1.8	1.6	Colombia	4.0	1.8	2.2					Belgica	8.1 ^a	6.2	1.3
Nigeria	2.7	1.2	1.6	Rumania	3.9 ^a	2.4	1.5					Holanda	8.0a	5.7	2.2
Camerun	2.6	1.0	1.6	Guatemala	3.7	2.1	1.6					Japón	6.8 ^a	4.8	1.6
Zaire	2.4	0.8	1.5	Perú	3.2	1.9	1.3					Reino Unido	6.6 ^a	5.2	0.9
Vietnam	2.1	1.1	1.0	Paraguay	2.8	1.2	1.6					España	6.5 ^a	5.2	1.4
Somalia	1.5	0.9	0.6	Iran	2.6	1.5	1.1					Portugal	7.0	4.3	2.7
				Filipinas	2.0	1.1	1.1								

Notas: Los datos corresponden al año 1990.

a. Cifra para años posteriores a 1990, por ello la suma en esta seccion no coincide.

Tomado de: World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme, The World Bank. *World Resources*. Oxford. 1996-1997.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.* 1993

primeros lugares junto con Chile, Uruguay y Brasil. A pesar de todo, en algunos países latinoamericanos se observan cifras inquietantes con valores al rededor de 50%, indicando algún grado de atraso en la atención medica a mujeres embarazadas.

IV. GASTO TOTAL EN SALUD

En el cuadro 8, se incluye tanto el gasto público como privado para 1990, la variable a analizar es la intervención del estado en la prestación de servicios de salud, pero es interesante observar cómo en algunos países, incluido Colombia, la inversión privada en salud es más significativa que la pública, para 1990. La evolución de estos gastos depende por supuesto de la estructura interna del sistema de salud de cada país, sin embargo, los datos globales permiten identificar la importancia que cada Estado le puede llegar a dar a este rubro del gasto en su presupuesto. Las siguientes comparaciones se hacen respecto al gasto público, pero antes es válido señalar cómo en la mayoría de los países desarrollados es el gasto privado quien tiene más peso sobre el gasto total en salud.

Para el grupo de ingreso bajo, Nicaragua ocupa un lugar sobresaliente incluso respecto a países de los demás grupos; su alto nivel de gasto en salud esta impulsado principalmente por el gasto público mientras que por ejemplo para la India, es el gasto privado quien lidera el gasto en salud. Colombia dentro de su grupo ocupa un noveno lugar después de Panamá, Ecuador y Bolivia con un gasto público de 1.8% del PIB mientras que el privado fue de 2.2%. Respecto a los países miembros de la OECD la desventaja es grande, el gasto publico colombiano de 1.8 ni siquiera alcanzaría los niveles de gasto privado de los primeros seis países de este grupo. La posición de Colombia en la región llama la atención, pues está prácticamente por debajo de los países andinos y centro americanos.

V. COMENTARIO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA EN SALUD EN COLOMBIA ANTES Y DESPUÉS DE LA LEY 100

La estructura de la salud en Colombia antes de 1993 estaba conformada por un sector oficial directo o sistema nacional de salud, que se dividía en servicios seccionales

de salud departamentales y municipales. Un sector oficial indirecto o sistema de seguridad social conformado por el Instituto de Seguros Sociales, CAJANAL, cajas de compensación familiar. Y finalmente, el servicio particular.

Este sistema necesitaba ser modificado, su estructura y funcionamiento era ineficiente. Antes de 1993 el número de personas cubiertas por el sistema de seguridad social era de 6.3 millones que significaba un 18% de la población. Como parte de la reforma constitucional de 1991 en busca de nuevas condiciones de eficiencia, solidaridad y universalidad en la sociedad colombiana viene la reforma de la seguridad social con la ley 100 de 1993 pensando en reestructurar la prestación de los servicios de salud que diera una mayor participación a los agentes privados. Dentro de la nueva estructura del sistema de salud se incluyen los agentes privados y públicos mediante la figura de Empresa Promotora de Salud (EPS) y la Institución Prestadora de Servicios (IPS). Con la introducción de estos agentes se busca la cobertura total de la población y un mejor servicio.

Con este nuevo esquema se busca fomentar la competencia entre diferentes entidades tanto públicas como privadas. Para diciembre de 1995 el número de afiliados era 11.737.899 de los cuales la EPS pública del ISS a la cabeza tenía 10.618.612 afiliados contra 1.119.287 de EPSs privadas. El avance es notorio, en junio de 1996 los afiliados a las EPS privadas ascendían a 2.450.055 y los públicos a 10.918.835. Es destacable el avance de las EPS privadas y la evolución de la afiliación a un sistema de salud. En conclusión la cobertura directa de salud en Colombia ha evolucionado positivamente después de la creación de la Ley 100.

Pero ¿se alcanzaran los niveles trazados por el gobierno central? El documento *Las Políticas Públicas de El Salto Social* estableció como meta duplicar la cobertura del régimen contributivo y afiliarse al régimen subsidiado al 80% de la población más pobre y vulnerable, para pasar de una cobertura global de la seguridad social del 20% al 71% en 1998. Mas específicamente, alcanzar 15 millones de afiliados al régimen contributivo y 12 millones al régimen subsidiado.

REFERENCIAS

Banco Mundial. Informe *Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington. 1993.

Departamento Nacional de Planeación - Presidencia de la República. *Las Políticas de El Salto Social*. Documento Conpes. Agosto 1994 - Junio 1995. Tomo 1.

World Bank. *Social Indicators of Development 1996*. John Hopkins. Baltimore. 1996

World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme, World Bank. *World Resources. A Guide to the Global Environment 1996-1997*. Oxford. New York. 1996.

