

La Ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia

Álvaro Franco Giraldo

Decano, Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Introducción

La seguridad social es uno de los temas de mayor trascendencia hoy en el mundo debido a su relación con esferas sociales tan importantes como el desarrollo económico, la salud de la población, la calidad de vida y el futuro del ser humano expuesto permanentemente a múltiples riesgos dentro de un medio altamente contingente.

El propósito principal que marca todo nuestro interés es el desarrollo de la seguridad social. De ahí la importancia de constituir una estructura organizacional y operativa en Colombia, que permita el logro de los objeti-

vos de la seguridad social y la salud pública a través de la actividad universitaria en asocio con la ejecución de las instituciones de servicio. Inicialmente, a manera de método, se exponen algunos conceptos genéricos e históricos sobre seguridad social y salud pública y luego se intentará la comparación con la Ley 100 de 1993.

En la primera parte se pretende presentar, con base en experiencias del pasado, un análisis del concepto amplio de seguridad social y sus posibilidades futuras en Colombia. Aunque se considera que por cierto tiempo la decisión está tomada para nuestro país: se trata de la Ley 100 de 1993. No obstante, servirá para

entender un poco más el proceso en el cual se está inmerso. La generalidad del planteamiento obedece al estado en que se encuentra el debate sobre seguridad social en Colombia. Se ha de referir de manera muy genérica a varios de los aspectos atinentes a la seguridad social en los años anteriores, fundamentalmente de los dos últimos siglos, esperando que en futuros artículos, bien sea por el mismo autor o por otros tratadistas, se profundice en una o en varias de las experiencias vividas en otras latitudes.

La segunda parte de este ensayo apunta inicialmente a contextualizar los campos de la seguridad social y la salud pública, más con el ánimo de delimitar nuestro objeto de trabajo. Posteriormente se busca un acercamiento desde lo teórico al proceso colombiano.

Una particularidad que se rescata en la actual coyuntura es el consenso que se va logrando sobre la pertinencia de algunos temas como la privatización, el concepto de lo público, etcétera. Así es que no se presenta con afán de polémica, sólo se busca abrir el panorama para una mayor reconceptualización acerca de la seguridad social y su futuro.

La tercera parte se refiere a una concepción sobre la seguridad social en Colombia, más exactamente a *la Ley 100 de 1993*. No se podría hablar del futuro de la seguridad social en Colombia,

sin referirse, aunque sea de forma somera a esta Ley y su proceso reglamentario pensado en relación con sus implicaciones futuras.

Las universidades están llamadas a ser garantes del proceso para un feliz logro de los principios de universalidad, equidad y solidaridad propugnados por la seguridad social, colocados por encima de cualquier otra pretensión. La misión se tiene que construir alrededor de esa masa crítica que alimente el proceso y la dinámica que actualmente lleva la seguridad social en el País.

La seguridad social

Se ha definido la seguridad social como "un conjunto de acciones y servicios que permitan al individuo enfrentar una serie de contingencias previsibles como la enfermedad, el desempleo, la invalidez y la muerte de una manera tal que a causa de ese riesgo no pierda su calidad de vida".¹ Tan común acepción, compartida por múltiples tratadistas, permite iniciar el recorrido por el concepto de seguridad social, sus aplicaciones en la práctica, las experiencias vividas por algunos países en el pasado, las dificultades del presente y finalmente, un intento por avizorar el futuro que, muy seguramente, poco se apartará de la contradicción permanente entre el deseo de todos los ciudadanos del mundo por un mayor

bienestar y la crisis económica que ha postrado en la impotencia a la humanidad frente a su desarrollo social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha influido notoriamente durante el último siglo en la visión doctrinaria que se posee sobre seguridad social, en alguna forma ha determinado definiciones, conceptos y prácticas inherentes al área. En un principio entiende por seguridad social a "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales"² Sin embargo, se reconoce que por dificultades prácticas el horizonte doctrinario puede perderse, de ahí que se haya avanzado en la formulación del siguiente pensamiento:

La seguridad social es (...) sólo una cara de la medalla, la otra (...) es una acción eficaz para el fomento del empleo, de la salud personal y pública, de la seguridad en los lugares de trabajo, del bienestar de madres y niños. Pero los regímenes que ayudan a los trabajadores cuando dejan de percibir su salario por enfermedad o lesión, que permiten a las mujeres embarazadas o a las madres lactantes interrumpir su trabajo, que sostiene a los inválidos o a los huérfanos y que proporciona ingresos fijos a los ancianos y a los viudos, no son en realidad menos importantes para la comunidad (...).³

Esta última parte, la "otra cara de la medalla", es desde este punto de vista el verdadero sentido de la seguridad social. Una visión más institucional asegura que la "seguridad social es una rama de la política económica que se ocupa de abolir el estado de necesidad, manteniendo el poder de consumo de todos los individuos, principalmente a través de la prevención y la asistencia".⁴

Un *marco general* sobre el tema incluye aspectos aparentemente tan dispersos como necesidades biológicas y sociales, aspiraciones, bienes y servicios, bienestar, dinero intermediario, consumo, ingresos, trabajo, capital, relaciones de dependencia, riesgos y cargas sociales.

Elementos de apariencia tan circunstancial como la protección de la tierra y el uso racional de los recursos entre otros, apuntan a la seguridad social porque contribuyen al desarrollo futuro del hombre, o sea la protección de la gente; finalmente responden al bienestar humano, categoría muy relacionada con la seguridad social.

Previsión y seguridad social

El nivel de bienestar al cual tiene acceso el hombre en cada época de la vida es variable y la expectativa del mismo cambia por razones subjetivas.⁵ De ahí se derivan los conceptos y

prácticas que cada grupo humano tiene acerca de la seguridad social. Dependerá de como se llenen las expectativas, necesidades y aspiraciones del hombre para su subsistencia y completo desarrollo. Ingredientes como la educación, el vestido, la vivienda, la salud, son apenas un comienzo y parte básica de ese bienestar. Finalmente la seguridad social tiene que ver en mayor grado con la capacidad de consumo de los seres sociales. A esto último no puede acceder toda la gente por sí misma y se coloca en una situación de dependencia que requiere de la protección social, a través de terceros por interpuestos mecanismos sociales, estatales o privados, dando origen a los sistemas de previsión social, para garantizar una vida adecuada.

Es decir que la seguridad social no se podrá considerar una categoría absoluta. Se requiere su inserción en las condiciones de vida que acompañan a los grupos sociales en su lucha por mejorar el nivel de bienestar y su status vital. Al considerar que el elemento clave de la seguridad social está en la previsión, se contrastan algunos conceptos sobre previsión social y asistencia social:

Previsión social: "Es un consumo diferido que consiste en sentir una necesidad futura como si ella fuera presente".⁶ "Es una noción preventiva de las necesidades y riesgos futuros

que lleva al hombre a buscar la posibilidad de hacer frente a estas necesidades y de garantizarse contra estos riesgos, la cual supone un acto juicioso acompañado de un esfuerzo".⁷

Incluye, como tal, varios mecanismos que serán profundizados en este mismo ensayo a través de las experiencias descritas más adelante. Entre ellos se tiene: ahorro mancomunado, seguros privados o voluntarios, cooperativas de crédito, el mutualismo, seguros sociales y subsidio familiar.

La previsión social tiene una importancia eminentemente social que debe superar los cálculos actuariales. En el argot común se ha confundido a la seguridad social con los riesgos cubiertos mediante el cálculo actuarial. Aquella, como lo señalan algunos autores, tiene que "sobrepasar el problema meramente matemático y propender a la promoción del buen vivir de la colectividad, al realce progresivo de la calidad de vida del pueblo, a la dinamización permanente de la lucha contra la indigencia y el pauperismo a través de un sistema de mancomunidad económica".⁸ Se le considera una vacunación económico social, encaminada a la profilaxis del pauperismo.

Es una etapa superior, la previsión social trata la miseria actuando sobre sus causas y efectos. En un momento dado preva-

leció la asistencia social* protección dada por el estado con prestaciones sufragadas y administradas por el gobierno nacional; en tal caso debe cumplir ciertos requisitos: 1) el gobierno administra y sufraga los costos, 2) la percepción de las prestaciones es un derecho reconocido por ley cuando se dan los casos de necesidad previstos y 3) fija discrecionalmente el monto de la prestación como en la actitud benefactora.

Existe otra forma de seguridad social, la financiada directamente por el estado con prestaciones uniformes para todos los residentes del País.

Asistencia social, instituciones de previsión social, organismos no gubernamentales de desarrollo y bienestar social, en su orden constituyen una secuencia histórica de compromisos sociales que significan también modalidades para enfrentar las contingencias de diverso orden.

La *seguridad social*, en algunos países, ha progresado hacia una política del estado que protege a los individuos contra los riesgos de diverso tipo, principalmente biológico. En general ha sido difícil que asuma la protección de otros riesgos de tipo social. Se ha quedado en las

prestaciones económicas y protección a la salud.

La seguridad social, por otra parte, ha sido "un campo en que diversos grupos de presiones sociales y políticas defienden sus respectivos intereses",⁹ lo cual ha contribuido a que en diferentes ámbitos se presente una gama tan dispersa de modalidades de atención en seguridad social.

Independiente del origen y el destino dado en cada país a la seguridad social, lo cierto es que sus implicaciones de tipo social son inmensurables. Como dijera uno de los expertos, nada en la política social "transformó más radicalmente la vida del hombre común, que la seguridad de que, en caso de perder sus ingresos por motivos de accidente, mala salud, desempleo, muerte del sostén de familia o cualquier otra desgracia no caerá en la indigencia".¹⁰

Históricamente el proceso ha sido lento y el mosaico social consecuente ha sido muy heterogéneo porque las comunidades no han aplicado de igual manera los principios y la doctrina de la *seguridad social*. Fueron clásicas las sociedades mutuales de los ingleses, en las cuales mediante cuotas y fondos comunes se protegía a los concurrentes. La seguridad social surge como una

* Sin embargo, el concepto aquí expresado se corresponde más con el de asistencia pública, podría asumirse una diferencia con el de asistencia social, siendo éste un concepto más estratégico desde el punto de vista social, que puede cumplirse también por los particularizares.

forma de protección estatal para trabajadores y familias del siglo XIX, como una opción a la avalancha de los movimientos obreros por sus reivindicaciones, pero mediante la financiación por el mismo trabajador. En ocasiones han aportado el gobierno y los patronos.

Futuro de la seguridad social

Se espera para el futuro, que la seguridad social se convierta en una política estatal que proteja a todos los individuos, sus familias y la comunidad contra los riesgos no sólo biológicos y económicos sino también sociales, que se piense en la calidad de vida de sus afiliados y que se entienda realmente como "el instrumento más poderoso para el desarrollo social, capaz de originar un mejoramiento gradual de las condiciones sanitarias de los niveles de vida de la población",¹¹ como es el deseo de muchos.

De las diversas experiencias,¹² se desprenden varios matices, puntos de llegada y tendencias para el accionar de los *sistemas de seguridad social*: 1) la priorización pura, 2) la introducción de mecanismos de competencia entre los proveedores, lo cual ha contado con cierto consenso en la actualidad, pero debe acompañarse de autonomía institucional, 3) mecanismos de contratación por el mismo oferente, 4) mecanismos de solidaridad fiscal y 5)

mecanismos de solidaridad para-fiscal,¹³ que es la relación de correspondencia que se crea entre los que cotizan los seguros sociales de forma obligatoria.

Todos estos mecanismos, dentro de un sistema capitalista o en proceso de desarrollo de sus fuerzas productivas, como Colombia, es obvio que se inclinen hacia la constitución de una amplia gama de instituciones proveedoras de servicios de la seguridad social. Una encuesta que hizo el Ministerio de Trabajo,¹⁴ revela una cantidad inmensa de entidades de previsión y de seguro de salud en el País, habla de, por lo menos, doce a nivel nacional, de más de mil cien a nivel local y cincuenta o sesenta en los departamentos.

La seguridad social en países desarrollados va más allá, son instrumentos para llevar a cabo la transferencia social, para la redistribución del dinero, bienes y servicios en beneficio de los estratos más necesitados, para garantizar un nivel de vida básico a la población.

Si como se ha sostenido, la seguridad social es parte de la política social, cualquier reforma de seguridad social (la colombiana, como se vera más adelante, no es una excepción) hay que enmarcarla dentro de este contexto. "El neto social no debe, por tanto, disminuir sino aumentar".¹⁵

La relación de seguridad social con riesgos profesionales está claramente delimitada:

accidentes de trabajo, enfermedad profesional, invalidez y maternidad, vejez y sobrevivientes, prestaciones familiares y desempleo. Pero en el futuro habrá que tomar más en cuenta la relación pobreza y mala salud. Hasta hoy, la asistencia social ha buscado regenerar al caído y haciendo una mención tangencial del contenido social de la Ley 100 de 1993 en Colombia, se concluye que hace uso fundamentalmente de la asistencia social, pues se inscribe en esta filosofía, como se infiere de sus regímenes y componentes subsidiados.

La previsión social, por el contrario, deberá centrarse en la promoción del orden social, el desarrollo equitativo de la sociedad, la paz, en combatir estados de necesidad, promover el bienestar colectivo, consolidar una sociedad plenamente democrática y desarrollar un pensamiento de solidaridad humana cobijando los estratos marginados de nuestra población.

Aunque con objetivos diferentes, tanto los seguros como la seguridad social "operan para liberar al hombre y a su familia de la incertidumbre ante eventos que puedan sobrevenirle en desmedro de su persona y de su bienestar".¹⁶ *La base de todo está dada por la posibilidad de diferir y diluir el riesgo, reducir costos individuales y masificar beneficios, gracias a un alto volumen de personas cotizantes y tomadoras de seguros, a la vez que busca compensar en la sociedad las inequidades generadas por la dinámica propia del sistema económico.*

En fin, los regímenes de seguridad social, sencillamente se basan en el sentido de previsión, solidaridad y equidad. Parten del ingreso para cubrir contingencias futuras a un amplio grupo poblacional. Tocaré con áreas de diverso tipo, tales como educación, salud, vivienda, bienestar del anciano, acceso a la riqueza individual y social, entre otros. Lo cual hace de la seguridad social parte y condición del desarrollo socioeconómico. Su futuro dependerá estrechamente de éste para asegurar a la población sus derechos sociales y la satisfacción plena de sus necesidades.

La política social

La seguridad social a pesar de sus deficiencias, se ha de constituir en un poderoso instrumento para el desarrollo social, capaz de originar un mejoramiento gradual de las condiciones sanitarias y de los niveles de vida de la población, señalada como la "única acometida tangible e irreversible hacia la obtención de un grado de justicia social y de progreso (...) para la población insegura y explotada".¹⁷ Este autor, hace pensar en la necesidad de internacionalizar la seguridad social y no quedarse en una mera política estatal. Mientras no se rompan los desequilibrios entre países o bloques, caso Norte/Sur no podrá hablarse de seguridad social. La seguridad social no puede ser se-

lectiva o excluyente ni para grupos definidos o privilegiados de la sociedad.

Para el futuro, se tiene que pensar necesariamente en la calidad de vida y habrá que garantizárselo de la mejor manera a la población mundial. No basta con implementar una serie de seguros para protección del riesgo. No se puede olvidar que los seguros sociales son la cobertura de los trabajadores y la seguridad social es la cobertura de los ciudadanos, de la población en general, de la sociedad misma.

Se llega a la conclusión que la seguridad social como estrategia de desarrollo, es responsabilidad estatal indelegable, diferente a los seguros que como mecanismo complementario de la primera se puede dejar en manos de terceros como lo establece la Ley 100 de 1993; permitiendo al gobierno mayor libertad financiera para aplicar su política social.

Llegar por tanto a una ley de seguridad social es imposible, a lo sumo la Ley 100 termina siendo una buena ley de seguros que ampara salud. Para poder llegar a la seguridad social, es necesario integrar una política global de desarrollo social que incluya: 1) un modelo de producción económica que logre satisfacer las *necesidades básicas poblacionales*, pero no mediante la suma de compensaciones y coberturas, 2) un sistema de consumo básico universal, 3) acceso universal a los sistemas

de salud, 4) una política de empleo universal y 5) si se puede pensar en un sistema de protección mínimo con cobertura universal contra los riesgos sociales (es la síntesis de varios autores reseñados).

Es necesario más que una ley, definir una política de seguridad social para el País, donde se señalen además de las responsabilidades del sector privado, las competencias institucionales y estatales en coordinación con las diferentes entidades. Estas pueden dar la ubicación que corresponde a los seguros, ofrecer satisfacción universal a las necesidades poblacionales, otorgándole lo esencial (diferente de niveles mínimos de satisfacción) a toda la población antes que lo suntuoso a muy pocos, y democratizar las estructuras institucionales, haciéndolas participativas y generadoras no sólo de riqueza sino de canales de distribución equitativa.

Sólo la erradicación de las condiciones de pobreza y desempleo constituyen el sustrato importante para un verdadero sistema de seguridad social integral, haciéndola extensiva más allá de los asalariados, no con programas de asistencia pública sino participativos y previsionales.

Como lo vienen enseñando las corrientes modernas de pensamiento, sólo si se diferencia crecimiento y desarrollo económico se encuentra el justo punto para entender que el desarrollo

social, y dentro de éste la *seguridad social*, sólo se podrá lograr desligando los intereses de la producción mercantil de los eminentemente sociales.

Vale anotar, recordando el "Informe de la Comisión Brundtland de 1987" que "específicamente, ya no se puede sostener que el crecimiento económico como ha sido percibido y medido convencionalmente sea el objetivo incuestionable de las políticas de desarrollo económico".¹⁸ Debe pensarse, definitivamente en seguridad social, redistribución del ingreso, pleno empleo, estructuración de una política social y en el sistema universal de protección de contingencias y riesgos, como complemento.

La salud pública

En Colombia, como en la gran mayoría de países de América Latina, aunque un poco más tarde que los países desarrollados, se ha abierto el gran debate sobre seguridad social y salud pública. Indiscutiblemente, el avance conceptual e instrumental plasmado en la actual legislación ha roto los modelos en torno al desarrollo de servicios y ha implantado cambios gerenciales dentro de las organizaciones ejecutoras. Los nuevos planteamientos de las megatendencias, hasta ahora insospechados para la realidad, han generado otra visión

paradigmática y se han colocado frente al reto de ser partícipes del proceso para reorientarlo de una mejor manera hacia el servicio social para que no quede al libre juego del mercado. Estas son, en síntesis, las líneas generales de este primer abordaje de salud pública y seguridad social que permiten la sustentación de un sistema organizacional y operativo para su desarrollo.

La relación salud pública y seguridad social

Se parte de la relación salud pública y seguridad social, dado que ella puede aclarar cuál es el objeto que facilite la intervención en este campo, a la vez que abre la discusión en la universidad y otros medios académicos sobre conceptos todavía no muy elaborados y que no admiten un consenso suficiente.

Se ha entendido la salud pública como área del conocimiento relacionada con el bienestar colectivo y a su vez práctica política-social, relacionada con el ambiente, con la genética con las instituciones responsables de la atención, ya sean del orden público o privado, con la maquinaria social encaminada a la transformación de las condiciones colectivas para el logro del bienestar, y con la cultura social traducida en estilos de vida. Es una disciplina que se concreta en las relaciones interinstitucionales para

el logro del producto social, la salud y el bienestar colectivo.

La seguridad social por su parte está en estrecha relación con el bienestar, con la garantía imprescindible para satisfacer las necesidades pero más importante, es su aseguramiento futuro conforme con el concepto de previsión social y el compromiso institucional para mantener el consumo y el logro de los satisfactores principales para un nivel de bienestar mínimo.

Podría pensarse que el concepto ampliado de salud, expuesto anteriormente, es en efecto seguridad social. Pero no es exacta la relación, por momentos dependiendo del dominio o del método que lleva al análisis, aparecen como categorías imbricadas. La salud pública es más una resultante de procesos sociales en tanto que la seguridad social puede hacer parte de éstos como condicionante de ella, pero a su vez es resultado en el cual salud podría aparecer como parte medular.

La seguridad social, además, surge como una rama de la política económica que toca con aspectos diferentes a los puramente sociales y por ende tangencialmente delimitados de la salud pública. En este planteamiento prevalece una instrumentación de la visión epistemológica al señalar actores sociales e institucionales con responsabilidades diversas.

Antes de continuar con esta disquisición se dejan claras

las siguientes precisiones que van haciendo parte del acervo intelectual de los grupos interesados en la discusión sobre la seguridad social a esta altura del debate en América Latina:

1) La seguridad social es un concepto mucho más extensivo que el de seguros bien sea privados o públicos. Los seguros sociales, durante décadas fueron los representantes de la seguridad social. Aunque apenas cubrían una mínima parte de las contingencias objeto de la seguridad social, entre ellas la enfermedad. Los seguros privados de manera fragmentaria se quedaron en la cobertura parcial de algunos riesgos económicos biológicos.

2) Los riesgos económicos hacen parte de la seguridad social, pero no responden por sí solos a la doctrina de la seguridad social integral. Los conceptos de invalidez, vejez y muerte (sobrevivientes) a más de los de enfermedad común, enfermedad profesional y accidente de trabajo de común reconocimiento por los tratadistas de la seguridad social se quedan en el territorio esencialmente biológico y económico de la seguridad social. Aunque siguen siendo muy importantes desde la óptica bismarkiana, no alcanzan a explicar suficientemente los objetivos sociales del área en discusión.

3) La clásica separación entre salud y seguridad social es también equivocada. Es resultado

de una taxonomía grosera, para hacer repartición de poblaciones objetivo para cumplir fines asistencialistas y para la asignación de responsabilidades institucionales.

4) Considerar la salud como una parte de la seguridad social, surge de una de las concepciones en boga que entiende la seguridad social en estrecha relación con el bienestar, y la salud como uno de los varios componentes. Desde la visión de salud pública, tal interpretación lleva implícita una reducción epistemológica y metodológica del concepto salud y se enmarca en la confusión de lo sectorial (responsabilidad estatal) con lo intelectual. Corre el riesgo de dejar la salud ligada únicamente a la acción institucional y sectorial del estado, rompiendo con las relaciones amplias que se dan alrededor de su objeto colectivo poblacional.

5) Considerar la seguridad social como una parte de ese concepto amplio de salud relacionado con el bienestar colectivo y la satisfacción de las necesidades esenciales lleva al equívoco que reduce la seguridad social al concepto meramente económico, ya discutido.

Tres conclusiones permiten resumir esta parte:

1) Salud pública y seguridad social son conceptos imbricados pero no superpuestos. Entre ellos se encuentran en la práctica, relaciones de condicionamiento mutuo, donde ambas pue-

den ser resultado a la vez que soporte y apoyo de la otra. Aunque sus dominios son diferentes, la seguridad social asume por momentos un papel más instrumental y en ocasiones una acción más institucional.

2) La acción institucional por sí sola no satisface los intereses colectivos expresados en salud y seguridad social.

3) Ni la salud, ni la seguridad social pueden reducirse a categorías asistencialistas económicas o biológicas. Prevalece para nuestro análisis el enfoque colectivo sobre el individual pero no se descarta que existen otras posiciones que abordan la salud y la seguridad social desde la perspectiva individual. Dirimir esta contradicción se deja como parte del debate.

Sistemas de seguridad social y salud pública

Siguiendo la evolución histórica de los sistemas de seguridad social y salud, se puede colegir su paso de la higiene pública a la salud pública y servicios preventivos, clásicos de los años veinte. Se pasa de Ministerios de Higiene a Ministerios de Salud Pública y aparecen los Seguros Sociales (años veinte a cuarenta). Luego se pasa a servicios integrados por el gobierno (años sesenta), y hasta hoy cuando se presentan los procesos de descen-

tralización y privatización. Estos siguen procesos de armonización institucional, balance público/privado, proceso de negociación política y universalización de coberturas. Todos ellos con características muy interesantes tales como desburocratización, desestatización, privatización, transferencia de responsabilidades regionales y locales, descentralización, municipalización y participación social.

En los sistemas de salud pública relacionados con la seguridad social se debe garantizar a los potenciales beneficiarios: 1) acceso universal, 2) equidad en servicios entre regiones, 3) dirección estatal, por la cual la política de salud de un país la debe dictar el Estado, puesto que es una de las tareas vitales de la sociedad y éste no puede dejar de asumirla y 4) sistema eficiente, no sólo gerencial sino previniendo la enfermedad y haciendo la detección precoz. Se puede ser muy eficiente desde el punto de vista gerencial, haciendo el control interno de las unidades, pero el sistema puede ser muy ineficiente si se empieza su desarrollo por la cúpula, como podría ocurrir si en la reglamentación de la ley colombiana, no se precisa suficientemente el aspecto de la libre elección.

La meta de universalización de la seguridad social en salud es la más apropiada y para ello es necesario: 1) fortalecer los procesos de integración entre el subsector oficial directo y el de los seguros sociales, para un uso eficiente de los recursos, 2) am-

pliación de coberturas a familiares de los afiliados, y 3) mecanismos de vinculación de la seguridad social al sector agropecuario, a las capas marginadas y sectores informales de la economía.

En ese sentido, es necesario recordar las miles de organizaciones que existen en Colombia sin ánimo de lucro y que cumplen diversas funciones en los campos de medicina asistencial, rehabilitación, salud preventiva y promoción de la salud, educación, capacitación técnica, ecología y vivienda pero sin una organización equitativa y sistematizada que garantice la universalidad.

Al respecto se anota que las capas sociales con menos ingresos gastan más en salud que los estratos más pudientes. Varios informes apuntan a lo mismo. Por ejemplo, Duque¹⁹ dice que las familias pobres, quienes reciben menos de dos salarios mínimos al mes, le dedican a la salud el 5,6% de los ingresos y los ricos el 3%. Otros estudios, entre ellos los del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, llegan a conclusiones parecidas.

La Ley 100 de 1993

Sin pretender entrar en un análisis pormenorizado sobre la llamada Ley de seguridad social para Colombia, en una primera referencia a ella se podría aducir que no es ni una Ley de

seguridad social ni de salud pública. En su cabal entendimiento restringe indudablemente los conceptos, se centra en riesgos económicos y en la enfermedad y mantiene mucho la intervención asistencialista en salud. En lo económico, su fortaleza está dada por el libre mercado y el afán de competencia entre las múltiples instituciones, afianzando la privatización de la prestación de servicios.

Es justo aclarar, de entrada, que con este planteamiento, no se pretende descalificar la actual política de seguros sociales y salud que se implementa en el País, sino darle la ubicación necesaria, reconociendo sus grandes virtudes después de cerrar el campo en una seguridad social restringida. Indudablemente este proceso viene acompañado de grandes beneficios, tales como el replanteamiento integral y estructural que se hace del sistema de salud, el acercamiento que hace a las coberturas, la universalización y la equidad que superan en mucho al modelo anterior aunque aquí se tenga que dejar dudas acerca de su cumplimiento.

Desde la perspectiva académica se debe seguir insistiendo por avanzar más en el desarrollo de una real política de seguridad social para el País. Es ésta la razón de la presente discusión y de la reorientación que finalmente se espera que se le dé a la mencionada política.

Sofismas de la Ley 100/93 frente a la seguridad social

Lo que está ocurriendo hoy, incluida la reforma de la Ley 100, no se puede descontextualizar de la realidad económica y social: la crisis económica, el endeudamiento externo, el déficit de la balanza de pagos, la reducción de las tasas económicas, la política de ajuste, encaminada a reducir el gasto público, el aumento de la economía informal, la pobreza y depauperación de la calidad de vida poblacional. El papel de la apertura económica que toca con todos estos factores, cambia la forma de producción y las posibilidades de hacernos más competitivos. Pero por otra parte, aumentan las cifras de desempleo, afectando enormemente el sistema de seguridad social mientras no haya un seguro de desempleo y suficiente claridad sobre la compensación por la atención a los indigentes.

La Ley 100 de 1993, en lo referente a la universalidad parte de una falacia por considerar que toda una población está realmente asalariada, estable y cotizando regularmente a los fondos por toda su vida. La Ley es una excelente solución para los asalariados bien remunerados y estables, pero éstos son realmente pocos en el País aunque existan estadísticas que traten de demostrar lo contrario.

En torno a la misma y su análisis macrosocial, se concluye que el gobierno deja la tarea de universalizar la cobertura previsional en manos de la macroeconomía. Confía en que el desarrollo económico termina por salarizar plenamente la población urbana y rural, por reabsorber el sector informal y por estabilizar los empleos. Sólo entonces, se termina forzosamente cubiertos por los fondos de pensiones.²⁰

Por otra parte, la Ley 100 de 1993 con la separación de regímenes contributivo, subsidiado y vinculado, vuelve a llevar a la peligrosa separación entre ciudadanos de primera y segunda clase, agravado aún más cuando se sabe que gran parte de la población económicamente activa se suma al sector informal de la economía y como se ve es difícil que el Seguro Social —régimen contributivo— se amplíe más allá del sector laboral moderno.

El escenario actual es el de la privatización y aunque no se ha querido ahondar en este ensayo sobre el mismo, sólo se mencionan las formas principales que maneja: privatización en prestación de servicios, seguros privados, seguros de prepago, contratación, reembolsos y las cooperativas. Todas ellas concebidas en la Ley 100 de 1993 en un escenario supuestamente público.

En este aspecto, es interesante comparar la propuesta de la legislación colombiana con

otros sistemas prototipos de organización de servicios. El caso chileno es el mejor arquetipo, aunque tiene un componente público (el FONASA) y un componente privado (ISAPRES). En Estados Unidos, a pesar de ser un modelo público de organización de la seguridad social, el problema estriba en que la prestación de servicios se ejerce solamente a través del sistema privado, pero la organización es pública. La administración en Estados Unidos gasta el 24% del presupuesto en salud por intermedio de los organismos privados, por el contrario en Canadá se gasta el 11% porque quien asegura es el gobierno provincial, sin ánimo de lucro.

En Colombia, sigue latente la pregunta por la atención de salud en el sistema de seguridad social para el sector informal de la economía. Para aquellos que además de negarse a llevar el estigma de la indigencia, no son partícipes de la atención a la población asalariada. Para quienes no tienen patrono que cotice por ellos (Ley 100 de 1993), para quienes no tienen empleo regular, para quienes no han accedido a la educación y por tanto no se han calificado como capital humano tan importante para el sistema productivo. Éstos, quienes configuran el gran volumen poblacional colombiano, se diferencian de quienes están en la absoluta pobreza porque tampoco harán parte del régimen subsidiado de la seguridad social en salud, aunque

La Ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia

ni los unos ni los otros tendrán acceso a la protección de los riesgos económicos (otro posible sofisma de la Ley 100 de 1993, se devela de este análisis).

No se podrá responder a ellos con planes económicos de corte desarrollista afincados en el incremento de la producción, dado que como se sabe, el desarrollo social no se desprende automáticamente del crecimiento económico.

La Carta de los Derechos Humanos de San Francisco, firmada por las Naciones Unidas, posterior a la Segunda Guerra Mundial, plantea el derecho a la salud (artículo 22) y el derecho a la seguridad social (artículo 25). Propende a la meta del bienestar y se traduce en el caso colombiano en los principios de la Constitución Política de 1991, la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993. Sólo falta lograr la coherencia de las acciones programáticas con su filosofía. En esto se evidencia con mayor transparencia el carácter sofisticado de la ley, dado que presenta de manera completa los principios de la seguridad social pero cuando se llega a su articulado y a la reglamentación se pierden en su ajuste a la realidad.

Impacto social y principios

Es aventurado hablar de ella, cuando se considera el sistema de salud o el sistema de

seguridad social en salud como una institución dirigida fundamentalmente a la prestación de servicios asistenciales con enfoque esencialmente reparador. La prevención ha quedado reducida al campo de las externalidades. Se habla de participación pero bajo la connotación institucional, siempre criticada, situación muy reiterativa en salud. Se siguen cerrando espacios a la participación con dinámica propia y se reemplaza por un enfoque de generación de recursos, de procesos autogestionarios y de control institucional.

La Ley 100 de 1993 plantea los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, entre otros, completamente válidos y defendibles por cualquier corriente de pensamiento en cualquier país, precisamente por su carácter universal. Pero en nuestro caso la preeminencia que tiene la racionalidad económica de la eficiencia sobre el resto de los principios deja subordinadas las categorías superiores a las inferiores. Se pierde así, el papel rector que deben cumplir la solidaridad y la universalidad en los procesos de reforma. No obstante, que se mantengan dentro de los principios y se intenten mecanismos instrumentales de ellos.

El principio de universalidad, es obvio que no se cumpla desde la aplicación inicial de la Ley 100, quedando pospuesto su logro para el año 2001, según se ha establecido. Sin embargo, la

estructura económica y social del País, determinante de los desarrollos de esta Ley, y el análisis de los supuestos macroeconómicos en que se fundamenta la misma, deja planteadas muchas dudas acerca de la consecución de este objetivo en la fecha señalada. Basta mirar los diversos regímenes del sistema de seguridad social a los cuales no todos tendrán acceso puesto que persisten vacíos administrativos y financieros muy difíciles de superar.

En pensiones, la separación entre asalariados y otros grupos que, a pesar del fondo de solidaridad pensional, encuentran escasa cobertura y pocas posibilidades a la protección de los riesgos involucrados, no permite pensar siquiera en la universalidad y en la equidad, a pesar de los mecanismos de solidaridad que se introducen en la Ley.

Lo mismo se plantearía en salud al analizar los regímenes contributivo y subsidiado, separados completamente desde la misma afiliación a EPS y con planes de beneficios muy disímiles. Se persiste en el antiguo sistema con un componente institucional para pobres (subsidiado) y otro para asalariados (contributivo), cuya lógica menoscaba, por otra parte, los fundamentos de equidad y calidad en los procesos rectores del sistema de seguridad social en salud.

Desde luego que el principio de unidad, no cabría

aunque se plantea en la Ley. Para sistemas donde la libre competencia, el libre mercado y la libre escogencia son los principios rectores, por filosofía llegarían a ser incompatibles, aunque se plantee con muy buena intención la competencia regulada. La Ley hace bien en considerar "la unidad en la articulación de políticas, de instituciones, de regímenes, de procedimientos y prestaciones", pero ni ello será tarea sencilla como se vislumbra desde su aplicación inicial.

Por la multiplicidad de beneficios y planes, Plan Obligatorio de Salud (POS), Plan de Atención Básica (PAB), Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), Plan de Atención Materno Infantil (PAMI), Planes Complementarios, etcétera, se desconoce el principio de la unidad y aun el de integralidad. Mientras no se tenga igual acceso a los otros beneficios no se podrán lograr la unidad y la integralidad. Peor aún, si se refiere al resto de riesgos y contingencias económicas y sociales, menos plausible resulta como posibilidad la aplicación de estos principios en el sistema de seguridad social colombiano y no quedará otra opción que recurrir de nuevo a los supuestos macroeconómicos.

¿Cabría esperar que sin la intervención estatal se puedan lograr el acceso universal y equitativo? Dejar el sistema en manos del libre mercado, de la libre competencia y de los efectos de

un uso racional de los escasos recursos en países desarrollados, no se traduce, per se, en las respuestas que se están esperando para el largo plazo. Sólo bajo ciertos supuestos macroeconómicos estos planteamientos son aceptables, a pesar de que en lo concreto, países que iniciaron el proceso antes que el nuestro están demostrando que los principios no pasaron de la filosofía a la realidad cotidiana, no encontraron asidero y respuesta a las necesidades colectivas.

Más allá de las posibilidades que se plantean en otros regímenes de la Ley 100 de 1993, en salud permite algunos avances y se hace propicia para la ampliación de coberturas. No se niega, hablando del sistema de seguridad social en salud, que dentro del régimen subsidiado haya espacios para algunos grupos especiales provenientes del sector informal de la economía, pero habrán muchos otros que no tendrían acceso por dificultad de tipo socioorganizacional, al no poder demostrar su condición de indigencia, etcétera. Los "participantes vinculados", asumidos temporalmente por la Ley, no encuentran el espacio concreto para la atención. Aún será difícil el acceso para un fuerte grupo de quienes tienen incapacidad para contribuir en el otro régimen. La gran desventaja está en no poseer patrón (recuérdese que el gran peso en el régimen contributivo lo soporta el empleador, más que el asalariado), y los independientes

tienen que compensarlo asumiendo las cargas patronales. He ahí otro factor de inequidad. Uno de los mayores factores de inequidad en el sistema es el desempleo. En el mejor de los casos accederían al régimen subsidiado al "de los pobres", un régimen de segunda categoría, o peor aún de tercera porque el contributivo apenas es de segundo orden; persistirán formas liberales de producción y atención en salud que un régimen como el nuestro no podrá eliminar dados los beneficios que puede traer para cierta clase social; la unidad de beneficios e institucional no se mantiene de esta manera en el sistema.

La cobertura, a pesar de las dudas en la universalidad y la equidad, se ve como una de las grandes posibilidades del sistema de salud a partir de la Ley 100 de 1993, dado que los niveles previos en el País eran tan precarios que indudablemente se han de superar. Otra de las fortalezas surgida de la Ley es la capacidad para generar más recursos para salud (aunque no estatales) que necesariamente se traducen en mayores servicios o en mayores beneficios, si se administra bien. No obstante, no asegura mayor extensión poblacional ni ganancias en la equidad.

Los sistemas de competencia, incentivos a la productividad, introducen un elemento dinamizador hacia procesos más eficientes, que se reconocen como punto fuerte del nuevo sistema,

independientemente de la contextualización macrosocial planteada anteriormente.

El cambio de la racionalidad de la asistencia pública por el de la seguridad social, plausible y deseable, no logra implementarse ni en el articulado de la Ley 100 ni en sus decretos reglamentarios. En lo concerniente al régimen subsidiado se sigue manteniendo la lógica de la concepción asistencialista al indigente y en ello sigue siendo inequitativo, porque es diferente la atención brindada por compensación social a la que se corresponde con el derecho social. La inequidad surge desde el momento en que se pierde el derecho al ingreso y al empleo. Es ahí cuando se menoscaba el poder de consumo.

En el supuesto de que se aceptara el soporte asistencialista a la salud, surge otra pregunta, ¿tendrán derecho los indigentes y los "informales" a la protección de los riesgos de enfermedad profesional y accidente de trabajo o estarán exentos de tal protección? Ni siquiera la protección de salud se les podría garantizar, menos la protección económica.

No obstante, la separación de fondos y entidades administradoras de los diferentes riesgos es un hecho positivo y necesario, aun pensado en términos de equidad y no sólo desde la perspectiva gerencial financiera. Es, por tanto, otro de los aspectos relevantes de la reforma.

La "capitación", otro elemento de racionalidad en el sistema, es importante para el logro de la solidaridad siempre y cuando el acceso sea en iguales condiciones y sus mecanismos no se dejen en manos del oferente final, llámese médico o Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS), porque en este nivel se convierte en un factor restrictivo de la demanda y sobre todo de la integralidad de la prestación, lesionando los principios de equidad, solidaridad e integridad.

Es importante destacar de la Ley la racionalidad que impone la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el interés por unificar el POS, el papel del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y aun el Fondo de Solidaridad Pensional en su afán por implementar mecanismos de solidaridad. Aunque de hecho se quedan cortos, porque la competencia de los empresarios de la salud y de otras instancias, al igual que de la gran masa de desprotegidos frente a los pocos recursos, dejará a muchos sin la debida protección.

Habrà que pensar mucho más allá en plantearse estrategias más amplias de solidaridad, no sólo de unos individuos frente a otros sino de las clases sociales entre sí, de los sectores productivos frente a los improductivos, del gobierno frente a la población desprotegida, etcétera. Se necesita afianzar la solidaridad en varios campos de la política social, situa-

ción que no resuelve solamente una ley como la que se ha abordado.

Conclusión

En el análisis, tanto los seguros sociales como la seguridad social, hasta hoy, han estado al margen de las relaciones macroeconómicas y de la financiación estatal. Esa situación tiende a cambiar y la mayoría de los países se inscriben en otra perspectiva. Ha sido importante reconocer, en ese sentido, una fortaleza de la Ley 100 dado su aporte desde la macroeconomía y su racionalidad microeconómica.

Para llegar a la seguridad social, se requiere configurar un escenario más deseable y es importante buscar la transición de los seguros sociales (sobre todo los de carácter privado, afianzados en Ley 100 de 1993) a la verdadera seguridad social, como es reconocida en sus principios y filosofía. Para ello hay que corregir algunas de las políticas y ajustes configurados durante la etapa de privatización que no alcanzan a cubrir todos los elementos de la seguridad social.

Pero no basta desearlo, es necesario hacerlo también como administradores y encontrar un escenario que permita adaptarnos al cambio. La ley colombiana se apunta aquí otras de sus fortalezas, al recoger mucho del pen-

samiento gerencial. Pero, es indispensable que el problema de la justicia social trascienda cualquier propuesta; habrá que centrarse en este cometido como bandera de cualquier opción transformadora.

Es necesario volver a los principios olvidados de la seguridad social, planteados a partir de la Segunda Guerra Mundial.²¹ Para el futuro es necesario reinscribirse, por tanto en la política social, la macropolítica social para Colombia, América Latina y los países del tercer mundo. Volver a asumir el papel fundamental del estado en la protección a los pobres, lo cual no se puede delegar al mercado como no se logró en la presente coyuntura, ni dejarse tampoco en manos del asistencialismo mendicante.

Sin regresar al concepto de la asistencia pública, se requiere velar por la protección a la familia y a la población trabajadora, se tiene que mantener y extenderse a toda la sociedad y no solamente cubriendo algunos riesgos sino afectando posiblemente todas las esferas del bienestar. Hay que superar los niveles mínimos de satisfacción de necesidades universales (que en alguna medida es el ideal de la Ley 100) y romper con las desigualdades sociales.

Hacia adelante, se tendrá que hablar de seguridad social y no del seguro social, de salud y desarrollo y no de enfermedad, de proceso de crecimiento de la población y no de enferme-

dad/maternidad, de prestación económica para toda la población y no de invalidez, vejez y muerte.

Aunque se sabe que los indicadores de salud en un bajo porcentaje dependen de los servicios y atención en salud (5%, 10%, 30%, según el estudio respectivo) y que el impacto se debe a los cambios en las condiciones de vida y en los elementos básicos del bienestar, es importante demandar de los salubristas y los gerentes sociales una mayor participación en el campo de la seguridad social hacia unos mayores logros colectivos.

Referencias

1. LÓPEZ MONTAÑO, Cecilia. El ISS y la reforma de la seguridad social en Colombia. En: SEMINARIO NACIONAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (1992: Medellín). Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1992.
2. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Introducción a la seguridad social. México: Alfa Omega, 1992. p. 3.
3. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Introducción a la seguridad social. México: Alfa Omega, 1992. Prefacio.
4. MOLINA, Gustavo. Seguridad social. En: ——. Introducción a la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia. Escuela Nacional de Salud Pública, 1977.
5. SEMINARIO NACIONAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (1992: Medellín). Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1992.
6. GIDE. Citado por: MANTILLA DE MARTÍNEZ, María Eugenia. Introducción a la previsión social y su definición. En: FORO DE LA PREVISORA SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (1: 1989: Bogotá). La seguridad social: una prioridad nacional. Memorias. Bogotá: La Previsora, 1989.
7. LACOMBE. Citado por: MANTILLA DE MARTÍNEZ, María Eugenia. Introducción a la previsión social y su definición. En: FORO DE LA PREVISORA SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (1: 1989: Bogotá). La seguridad social: una prioridad nacional. Memorias. Bogotá: La Previsora, 1989.
8. MANTILLA DE MARTÍNEZ, María Eugenia. Introducción a la previsión social y su definición. En: FORO DE LA PREVISORA SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (1: 1989: Bogotá). La seguridad social: una prioridad nacional. Memorias. Bogotá: La Previsora, 1989.
9. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Introducción a la seguridad social. México: Alfa Omega, 1992. p. 3.
10. JENCKS, Wilfred, citado en ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Introducción a la seguridad social. México: Alfa Omega, 1992. p. 21.
11. TAMBURY, Giovany. La seguridad social en América Latina: tendencias y perspectivas. En: MESA LAGOS, Carmelo. La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas. México: Fondo de Cultura Económica, 1986, p. 77.

12. CASTELLANOS ROBAYO, Jorge. Los sistemas de salud en América Latina. En: SEMINARIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA (1: 1992: Santafé de Bogotá). Elementos conceptuales para una reforma de la seguridad social en Colombia. Memorias. Santafé de Bogotá: ISS, OIT, PNUD, 1992. p. 129.
13. JARAMILLO, Iván. Comentarios a: Los sistemas de salud en América Latina, tendencias de evolución, por Jorge Castellanos Robayo. En: SEMINARIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA (1: 1992: Santafé de Bogotá). Elementos conceptuales para una reforma de la seguridad social en Colombia. Memorias. Santafé de Bogotá: ISS, OIT, PNUD, 1992. p. 133.
14. Citada por: CASTELLANOS ROBAYO, Jorge. Los sistemas de salud en América Latina. En: SEMINARIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA (1: 1992: Santafé de Bogotá). Elementos conceptuales para una reforma de la seguridad social en Colombia. Memorias. Santafé de Bogotá: ISS, OIT, PNUD, 1992. p. 129.
15. SEMINARIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA (1: 1992: Santafé de Bogotá). Elementos conceptuales para una reforma de la seguridad social en Colombia. Memorias. Santafé de Bogotá: ISS, OIT, PNUD, 1992. p. 14.
16. JARAMILLO U., Rodolfo. Los seguros y la seguridad social: una visión hacia el futuro. En: FORO DE LA PREVISORA SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (1: 1989: Bogotá). La seguridad social: una prioridad nacional. Memorias. Bogotá: La Previsora, 1989. p. 11
17. TAMBURY, Giovany. La seguridad social en América Latina: tendencias y perspectivas. En: MESA LAGOS, Carmelo. La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: experiencias y lecciones latinoamericanas. México: Fondo de Cultura Económica, 1986. p. 77.
18. GOOLAND, Robert. Desarrollo económico sostenible. Avances sobre el informe Brundtland. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1994. p. 14.
19. DUQUE, RAMÍREZ, Luis Fernando. De la asistencia pública y del paternalismo de estado a la seguridad social en el campo de la salud. En: FORO DE LA PREVISORA SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL (1: 1989: Bogotá). La seguridad social: una prioridad nacional. Memorias. Bogotá: La Previsora, 1989. p. 149.
20. LÓPEZ CASTAÑO, Hugo. Sobre la propuesta gubernamental de reforma al sistema pensional en Colombia. En: SEMINARIO NACIONAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (1992: Medellín). Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1992.
21. LORD BEVERIDGE. Inglaterra: 1942-1946.

Bibliografía consultada

- COLOMBIA. Constitución Política, 1991. Santafé de Bogotá: Congreso de la República, 1991.
- COLOMBIA. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: Congreso de la República, 1993.
- INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. Informe de actividades 1982-1986 Bogotá, 1987.
- INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES SECCIONAL ANTIOQUIA. Decre-

- tos de reestructuración. Medellín, 1983.
- MIRANDA GUTIÉRREZ, Guido. Experiencia de la Seguridad Social en Costa Rica. En: SEMINARIO NACIONAL SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (1992: Medellín). Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 1992.
- NUNES, Everardo. Ciencias sociales y salud en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1983.
- SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Política social y gasto público en los noventa. ¿Qué tan significativos son los cambios? En: Coyuntura Social. No. 8. (Ago. 1993).
- SIGERIST, Henry. De Bismarck a Beveridge. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. (Mimeografiado).
- TERRIS, Milton. Los tres sistemas mundiales de atención médica. En: Cuadernos Médico Sociales (Rosario) No. 14 (Ago. 1980); p. 27-35.
- TREJOS ESCALANTE, Fernando. Libertad y seguridad. (Libertad económica y seguridad social). San José de Costa Rica: Asociación Nacional de Fomento Económico, 1963.
- ZÚÑIGA CISNEROS, M. Seguridad social y su historia. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1963.