

A propósito de la Ley 1122 del 2007

Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad

Román Restrepo V.

Magíster en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Cibercorreo: roman@guajiros.udea.edu.co

Restrepo V. R. A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25(1): 90-105

Resumen

Se presenta un análisis de los aspectos más relevantes, abordados por la Ley 1122 del 2007, que pretendió modificar el sistema de salud colombiano, con el objetivo de aportar al esclarecimiento de los nuevos planteamientos teóricos y los parámetros de acción implícitos en él. Se parte de observar las expectativas de reforma a partir de diferentes estudios y declaraciones de expertos nacionales e internacionales. En los apartados sobre universalidad y salud pública se analizan inicialmente los conceptos introducidos por la Ley —calificados aquí como regresivos— y posteriormente se aborda lo que la mencionada norma

establece al respecto, así como sus consecuencias. En el apartado sobre dirección y regulación se presentan diferentes conceptos desde las expectativas y algunas de las primeras reacciones suscitadas. Otros aspectos solo se mencionan, pues no merecen mayor profundización. Finalmente, se concluye que el modelo del sistema no sufre ninguna modificación y que la nueva ley solo consigue hacer ajustes funcionales en temas específicos, mientras que la problemática central continúa intocable. Se logra que todo cambie para que, al final, nada cambie.

----- *Palabras clave:* reforma, ajustes, universalidad, dirección, salud pública

Summary

In this paper it is analyzed the most important established aspects by the Law 1122 of 2007 that tried to modify the Colombian System of Health, in opinion of the author, With the intention of reaching to clarifying the new theoretical approaches and the parameters of action of the new norm. It splits always of looking at the expectations of reform from different studies and declarations of national and international experts. In the aspects of Universality and Public Health, the concepts introduced by the Law are analyzed initially, considered here like regressive, and later a look does to what the mentioned norm establishes on this matter and his consequences. In the

aspects of Direction and Regulation it presents different concepts from the expectations of reform and some of the first provoked reactions. Other aspects only are mentioned in this paper for thinking that they do not deserve major deepening. The final conclusion is that the model of the System does not suffer any modification and that the new Law only manages to do functional adjustments in punctual topics, while the central problematic continues without solving. There is done that everything changes in order that ultimately, nothing changes.

----- *Key words:* health reform, public health, social security, Colombia

Introducción

En ocho capítulos, cuarenta y seis artículos y cuarenta y dos párrafos, la Ley 1122 del 9 de enero del 2007 introdujo modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud sgss en Colombia. Los aspectos de los cuales se ocupa esta ley son los siguientes:

- 1) Dirección y regulación (capítulo II)
- 2) Financiamiento (capítulo III)
- 3) Aseguramiento (capítulo IV)
- 4) Prestación de servicios (capítulo V)
- 5) Salud pública (capítulo VI)
- 6) Inspección, vigilancia y control (capítulo VII)

En los años previos a la expedición de esta nueva ley, en el país se generó una gran expectativa por lo que sería la reforma del actual sistema establecido por la Ley 100 de 1993. Visiones muy diversas animaron debates públicos sobre los aciertos y desaciertos de dicho sistema: unas se inclinaban por ponderar su diseño y señalar fallas en su implementación como la fuente de sus errores y limitaciones; otros, al contrario, señalaron el diseño mismo como responsable de lo que calificaban como fracasos del sistema en su conjunto, aludiendo a un problema de carácter estructural, dominante sobre los aspectos meramente coyunturales. De la misma manera, hubo gran cantidad y variedad de propuestas de reforma, en cuyos extremos pueden identificarse las que propugnaban por un cambio de modelo, al lado de otras que solo instaban a algún ajuste concreto.

Al final, el modelo no se cambió, y puede decirse que el sistema no se reformó y sí, más bien —como lo dice el título de la nueva ley—, que se le hicieron “algunas modificaciones” o como, lo anuncia el objeto de la misma ley, el propósito fue el de “realizar ajustes” al sistema vigente. El modelo permanece y se reafirma en la nueva norma. Adicionalmente, la impresión general es que se trata de una norma no concluida adecuadamente, pues parece excesiva la cantidad de asuntos que apenas sí se mencionan y que dejan su verdadera definición al Ministerio de la Protección Social, lo que ha empezado a causar renovadas inquietudes en los actores del sgss. En un total de 38 veces, la letra de la Ley deja en manos del Ministerio de la Protección Social y del Gobierno Nacional la reglamentación final, parte de la cual tiene un plazo perentorio de tres meses, otras, de seis meses y en otras, sin especificación de límite alguno de tiempo.

Pero, aparte de esto, una de las primeras críticas a la Ley 1122 provienen del sector jurídico, que advierte sobre posibles fallos de orden constitucional y legal, porque cae en contradicciones con otras normas o en extralimitación al abordar asuntos no pertinentes. Otras objeciones provienen de sectores técnicos que afirman que en esta ley se tocan aspectos que se consi-

deran ya reglamentados o resueltos en el sistema, otras incluso argumentan fallas en la redacción final del texto aprobado.

Como se ha dicho, habrá que esperar la reglamentación para ver en definitiva con qué nos quedamos en lo particular, porque en lo estructural y general, el sgss en Colombia no ha cambiado, a pesar de las expectativas ya aludidas.

Este trabajo ausculta los temas fundamentales que hicieron posible el consenso de necesidad de reforma, resalta los tres aspectos más importantes universalidad, dirección y salud pública y, finalmente, presenta algunos comentarios finales y unas conclusiones generales, con la pretensión de aportar al esclarecimiento de los nuevos parámetros de acción.

Consenso de reforma

Durante los años 2004 y 2005, el Gobierno Nacional, el Congreso de la República, los partidos, los gremios, los medios de comunicación, las entidades territoriales y sus federaciones, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y, en general, tanto el sector de la salud como otros interesados en la problemática —incluidos varios actores del sector académico, de la rama legislativa y de la sociedad civil, a lo largo y ancho del país— desarrollaron una amplia discusión acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus logros y dificultades y sus posibles reformas. Así lo comprueban la cantidad y variedad de proyectos de ley que circularon, se debatieron, se subsumieron en otros (en los de origen oficial) y se archivaron, hasta que al fin, el 9 de enero del 2007 se sancionó la mencionada Ley 1122.

La tabla 1 detalla la lista de los proyectos presentados durante la legislatura del 2006, inaugurada con la instalación del nuevo Congreso de la República y que empezó sesiones el día 20 de julio de dicho año.

La preocupación por los resultados y el desempeño del sistema no fue, sin embargo, exclusiva del país sino que, al contrario, como fruto de diversas investigaciones, evaluaciones, reuniones y discusiones internacionales, surgieron inquietudes similares respecto de los sistemas que conservaron diseños parecidos como producto de lo que hoy denominamos la era de las reformas:

La experiencia acumulada a través de dos decenios de políticas de ajuste estructural en el marco de las Reformas del Estado y las Reformas del Sector Salud indica que estas no han tenido un sólido efecto positivo sobre el desarrollo de los sistemas de salud en las Región de las Américas. En la actualidad los países de la región se enfrentan a sistemas de salud débiles, una infraestructura de salud inadecuada, un modelo regresivo de gasto de bolsillo en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios de salud y resultados negativos en los índices de salud.¹

Tabla 1. Proyectos de ley radicados en el Congreso de la República de Colombia a partir del 20 de julio del 2006 para reformar el sgsss

Identificación	Ubicación	Primer autor
Proyecto 001*	Cámara	Dilian Francisca Toro
Proyecto 002	Cámara	Ministro De La Protección Social**
Proyecto 018	Cámara	Gloria Stella Díaz
Proyecto 020	Senado	Dieeb Maloof Cuse
Proyecto 026	Senado	Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda
Proyecto 038	Senado	Jaime Restrepo Cuartas
Proyecto 067	Senado	Zulema Jattin
Proyecto 084	Cámara	Jorge Julián Silva Meche
Proyecto 087*	Senado	Ministro De La Protección Social**
Proyecto 116	Senado	Jorge Eliécer Ballesteros
Proyecto 122	Senado	Luis Carlos Avellaneda Tarazona
Proyecto 128	Senado	Dieeb Maloof Cuse
Proyecto 130	Cámara	Germán Enrique Reyes Forero
Proyecto 137	Cámara	Venus Albeiro Silva Gómez
Proyecto 140	Cámara	Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar
Proyecto 141	Cámara	Hernando Betancourt Hurtado
Proyecto 141	Senado	Miguel Pinedo Vidal

Fuente: texto conciliado entre Senado y Cámara de Representantes y presentado para sanción presidencial de la Ley 1122 del 2007

*El proyecto 087 del Senado de la República es el mismo que el 001 de la Cámara de Representantes.

** Diego Palacios Betancourt

Básicamente, los logros que se reconocen internacionalmente en los sistemas reformados tienen que ver con algunos procesos administrativos y con los aspectos financieros, pero se recalcan problemas de accesibilidad, de equidad y de situación de salud:

Los esfuerzos encaminados a privatizar los servicios de salud, han generado logros de eficiencia en algunos países; no obstante estos logros han perjudicado el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y su equidad [...] A través de toda la región se ha pasado por alto el componente humano de la reforma del sector salud, un descuido que ha entorpecido la habilidad de las reformas para alcanzar su potencial.²

En nuestro país, la Fundación Corona y la Fundación Santafé de Bogotá realizaron un estudio en el 2002 denominado *Situación del sector salud en Colombia: retos y compromisos del nuevo gobierno*, dirigido por Luis Eduardo Rincón Cañón, en el cual se identificaron las siguientes quince áreas problemáticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud en nuestro país, según el orden de prioridades definido por los expertos del estudio:³

- 1) Aspectos financieros
- 2) Vigilancia y control
- 3) Hospitales
- 4) Información
- 5) Liderazgo del Ministerio
- 6) Salud pública
- 7) Evasión
- 8) Recurso humano
- 9) Calidad
- 10) Instituto de Seguros Sociales
- 11) Corrupción
- 12) Cobertura
- 13) Régimen subsidiado
- 14) Equidad
- 15) Ciencia y tecnología

Para Cardona J. F et al., las diversas iniciativas que tomaron parte en las discusiones acerca de la reforma de la seguridad social en salud en el país, si bien presentaron las visiones de diversos grupos de interés, “todas coincidieron en señalar como grandes problemas del sistema de salud, la falta de cobertura, la caída en

los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de los recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de la salud”.⁴ Al analizar resultados de diversos estudios y las propuestas de reforma presentadas en los últimos años, podría decirse que los problemas más socorridos son:

- 1) Falta de universalidad en la cobertura de aseguramiento
- 2) La intermediación
- 3) Los problemas de accesibilidad
- 4) La crisis hospitalaria
- 5) El exceso de normatividad
- 6) El manejo del alto costo
- 7) Las deficiencias de la vigilancia y el control
- 8) La corrupción
- 9) El derecho a la salud
- 10) El deterioro de la salud pública
- 11) La inequidad

Acerca de la universalidad en el aseguramiento

A pesar de que la Ley 100 de 1993 señaló que a partir del año 2000 todos los colombianos estarían afiliados al sistema —bien en el régimen contributivo, bien en el subsidiado, según la condición socioeconómica de cada quien— y que todos tendrían derecho al mismo plan de beneficios, el del contributivo, hoy, más de seis años después de la meta señalada, aún no se ha alcanzado ninguno de estos dos objetivos. De ello da cuenta el proyecto de Ley 01 del 2006, en su exposición de motivos cuando afirma que “a pesar de lo dispuesto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 y en la Carta constitucional, hasta ahora no ha sido posible lograr la cobertura universal de aseguramiento como servicio público de carácter obligatorio”.⁵ También lo hace en su exposición de motivos el proyecto de Ley 02 del 2006, presentado por el gobierno nacional a través del Ministerio de Protección Social, cuando afirma que “es preocupante que alrededor del 18% de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean personas de los niveles más pobres”.⁶

En el año 2000, año de la meta referida, las cifras de la Superintendencia Nacional de Salud indicaban que había 12.337.941 habitantes del territorio nacional afiliados (compensados) al régimen contributivo, a la vez

que, según los cálculos del Ministerio de Salud de la época, otros 9.490.566 lo estaban al régimen subsidiado. Y por otro lado se calculó⁷ en 1.199.896 la cantidad de afiliados a los denominados regímenes especiales en el mismo año, lo cual arroja un total de 23.044.403 afiliados, con lo cual quedan sin cobertura de aseguramiento un total de 19.272.983 personas en nuestro país. Proporcionalmente, según el estudio de Fedesalud del 2002,⁸ en el año de la meta señalada apenas se daba el 56,19% de la cobertura con aseguramiento en el sgsss, con la adición de los afiliados a los regímenes especiales, mientras que 41,81% restante estaba por fuera del sistema.

La figura 1 muestra la diferencia entre lo proyectado en términos de la citada cobertura y lo observado en los sucesivos años hasta el 2000, y la ampliación progresiva de la brecha entre una y otra.

La revisión de las cifras de diversas fuentes oficiales permite ver que, aunque no hay acuerdo sobre los datos exactos, como ya se dijo, aún no se consigue la prometedora universalidad en el aseguramiento. De acuerdo con el Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2005-2006, (tabla 2), 37,66% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, 4,89% a los regímenes exceptuados y 41,05% al régimen subsidiado, lo cual arroja como resultado que la cobertura total de afiliación en Colombia alcanzó en el año 2005 el 87,6%.

Por otro lado, como afirma el ministro Diego Palacio Betancourt, “cálculos del Ministerio de la Protección Social indican que aproximadamente el 82% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema

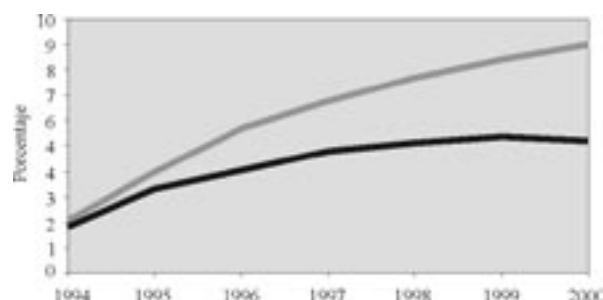


Figura 1. Coberturas proyectada y observada de aseguramiento en salud en Colombia, 1994-2000

Fuente: Contraloría General de la Nación

Tabla 2. Cobertura en aseguramiento en salud en el 2005

Año	Contributivo	Subsidiado	Exceptuados	Total afiliados	Total población	Cobertura %
2005	15.513.582	18.581.410	2.015.186	36.130.178	41.242.944	87,6

de Seguridad Social en Salud, de la cual 38% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 42% al Régimen Subsidiado”,⁹ de donde se deduce que quedan unos siete millones de habitantes sin afiliación, como ya se mencionó anteriormente. Por su parte, en el proyecto de Ley 01, debatido en el Senado de la República y presentado por el sector de parlamentarios afectos al gobierno, se afirma que “actualmente, de acuerdo a información del Ministerio de la Protección Social se encuentran afiliados al Régimen Contributivo 15,5 millones de colombianos, y al subsidiado 18,6, de ellos 2,1 millones con subsidio parcial y 16,5 con subsidio total. Es decir que quedarían cerca de 8,5 millones de personas sin protección específica de salud”.¹⁰ A pesar de los desacuerdos concretos, se evidencia el incumplimiento en la universalidad proyectada para el sistema, de la cual surge la necesidad de intervención en el mismo para alcanzarla.

¿Reformas en el aspecto de universalización?*

¿Se trata aún de buscar la universalidad? ¿A qué le apunta la nueva norma de la seguridad social en salud en Colombia? Trataremos de entender primero la afirmación que se encuentra contenida en el objeto de la Ley 1122 del 2007, según la cual se anuncian “reformas en el aspecto de universalización”, para ocuparnos luego del examen de lo que hace la citada norma al respecto: ¿cómo reformar la universalización?

Tomemos como primer acercamiento el significado lingüístico del término de ‘universalidad’ y, para ello, una revisión del diccionario de la lengua española que lo define como “calidad de universal o general”,¹¹ mientras que define ‘universal’ como “que pertenece o se extiende a todo el mundo o a todos los tiempos”. En el diccionario de sinónimos, ‘universalidad’ significa lo mismo que ‘generalidad’, ‘totalidad’, ‘integridad’, ‘todo’ y ‘conjunto’.¹²

El profesor Agustín de la Herrán Gascón, en un trabajo de revisión de los conceptos del término universalidad, destaca uno, denominado por él como “universalidad como no-parcialidad”. Esta forma de entender el término aplica particularmente a su utilización como principio, y en esta hay una dependencia anterior, una condición previa que es la ‘identidad’, cuando hace referencia a una “cualidad natural de igualdad” en el mismo autor. (Las condiciones naturales de igualdad existen como realidades jurídicas, cuando se declara, por ejemplo, que todos somos iguales frente a la ley, o como realidades religiosas cuando se declara que todos somos iguales ante Dios. Se requiere, pues, de una declaración de igualdad para que el principio de universalidad ten-

ga cabida). “Universalidad se opone a solo-parcialidad [...] Nada más pegado a la vida que su pretensión, nada más legítimo que su prosecución”.¹³

En el sentido de las políticas y del Estado, la universalidad, desde un punto de vista, se presenta como un principio que define el conjunto de las responsabilidades de este frente a la sociedad. El tipo de Estado que se identifica con el principio de universalidad se ha denominado *Estado de bienestar* o *Estado benefactor*. Justamente el desmonte de este tipo de Estado acarrea el planteamiento de la política de focalización como alternativa a las políticas universalistas: “El reordenamiento de la economía trajo consigo el derrumbe del Estado benefactor”.¹⁴ Desde la nueva visión, se critica este tipo de Estado como ineficiente: “las reformas actuales privilegian los subsidios a la demanda focalizados hacia los pobres y parten de criticar los enfoques de las políticas universalistas ‘por su alto costo y bajo impacto’”.¹⁵ En el nuevo contexto, “el Estado pierde la capacidad reguladora y ordenadora de la sociedad; su acción se hace mínima para dar paso al sector privado, *el Estado ya no interviene ni es responsable directo del bienestar colectivo*”¹⁶ (subrayado del autor).

Pero, en sentido fáctico, la universalidad es una meta, una conquista, un resultado evaluable y verificable; en un sistema social es principio y resultado, y como resultado califica o descalifica el sistema social, califica o descalifica el Estado y lo caracteriza. Como resultado, la igualdad que valida la universalidad no es natural ni antecedente, es una conquista de la política, de la acción política.¹⁷

¿Cómo puede reformarse la Universalidad? Como resultado, alcanzar la universalidad sería eventualmente un hecho concreto, real, que la sola fuerza de la palabra no podría afectar. Queda una sola vía: resignificar el término. Una resignificación puede enfrentarse en la esfera de lo jurídico; una norma puede, y así lo hace comúnmente, generar su propio glosario; podría decir, por ejemplo, que se entiende por universalidad una u otra cosa, y esto lo puede hacer a costa, incluso, de una confrontación de tipo lingüístico —hasta cierto punto o académico— en el terreno al cual se refiera.

¿Cómo se define la universalidad en la seguridad social y en la legislación colombiana de seguridad social?

El primer sistema de seguridad social —en realidad de seguros sociales— que bajo la égida del Estado se conoció en el mundo fue el llamado Sistema de Bismarck, que configuró la denominada Sozialpolitik, implementado primero en Alemania a partir de 1883 y propuesto por Otto von Bismarck, el denominado *Canciller de Hierro*, en época del Emperador Guillermo I en dicho país. Posteriormente, este sistema se extendería por toda

* Así se lee del artículo 1 de la ley 1122 del 2007

Europa y a partir de 1924, por América latina, conservando en líneas generales su diseño y sus principios.

Como se sabe, los sistemas de seguros sociales se convirtieron en política de protección de la fuerza de trabajo, ya que la población cubierta era la población trabajadora, con limitada o incluso escasa cobertura familiar. Sin embargo, en 1942, en plena Guerra Mundial, surgió un sistema alternativo, nacido en Inglaterra y conocido posteriormente como el Sistema de Beveridge. En dicho año, sir William Beveridge presentó al parlamento inglés un célebre informe, conocido con su nombre, en un documento titulado “Social Insurance and Allied Services”, que se constituyó en una propuesta de seguridad social como seguridad nacional.

Basado en los principios conocidos como de las tres úes (universalidad, unicidad y uniformidad), definió por primera vez el principio de Universalidad en la seguridad social, mediante la cual se estableció que el derecho a esta última no se adquiere por el desarrollo de un oficio o por el contrato de trabajo, sino por la condición de ciudadanía y que los beneficios se definen por las necesidades:

The plan covers all citizens without upper income limit, but has regard to their different ways of life. It is a plan all-embracing in scope of persons and of needs, but is classified in application.¹⁸

Desde Beveridge, pues, los sistemas de seguridad social en el mundo cuentan con un diseño alternativo, que considera la universalidad como principio que confirma la ciudadanía; a partir de él, la seguridad social se convierte en un derecho para todos los habitantes y en una política social de inclusión en la nación.

Colombia, a partir de la Constitución Política de 1991, consagró de igual manera la seguridad social como derecho irrenunciable y le estableció tres principios, el segundo de los cuales es el de la universalidad. Este último y el principio del derecho irrenunciable están definidos en su artículo 44 de la siguiente manera:¹⁹ “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, *universalidad* y solidaridad” [...] Se garantiza a *todos los habitantes* el derecho irrenunciable a la seguridad social (subrayados del autor).

De la misma manera, en el artículo 45, cuando la Constitución se refiere a la atención en salud y el saneamiento ambiental, se lee que “corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.²⁰

Queda pues claro a partir de la Constitución Política que uno de los principios que debe observar nuestra seguridad social y, en particular, la atención en salud, es el de universalidad como su derecho irrenunciable

para todos los habitantes del territorio nacional. En consecuencia, la Ley 100 de 1993, mediante la cual “se crea el Sistema de Seguridad Social Integral”, establece desde su segundo artículo, inmediatamente después de señalar su objeto, los principios que la rigen: “El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”.²¹

A renglón seguido, en ese artículo, el legislador se ocupa de establecer el significado de los principios ya señalados, tanto de los tres primeros —que son principios constitucionales— como de los tres siguientes, agregados por dicha Ley. En el literal b) se define el principio de universalidad, así: “Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”.²²

Posteriormente, en el capítulo II, se define el Sistema de Seguridad Social Integral y, solo después de ello, la Ley se divide en los libros que la componen, el segundo de los cuales es el del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss). La ubicación, en el articulado, de los principios y la definición del sistema integral representa un aspecto trascendental de unidad que atraviesa los sistemas generales que allí se crean, lo cual hace que, a pesar de las particularidades propias de la naturaleza diferente de cada uno y de los riesgos o contingencias que se cubren mediante ellos, todos se obligan al cumplimiento de los principios, según el significado que para ellos se declara expresamente.

Este argumento parece obvio, pero la relativa importancia radica en que cualquier reforma parcial de la Ley —como lo es la reforma de cualesquiera de sus sistemas particulares, por ejemplo— debe respetar los marcos generales que permitieron establecer para el país un Sistema Integral de Seguridad Social. De acuerdo con esto, en todos los artículos de la Ley 100 de 1993 que pertenecen al libro segundo, del sgsss, y que se refieren al principio de universalidad o a la necesidad de su cumplimiento, se reproduce el significado constitucional y legal ya presentado, que coincide con el establecido en el denominado Sistema de Beveridge. De esta manera, en el artículo 154, cuando se ocupa de establecer la intervención del Estado en el sgsss, señala en el literal b) que el Estado buscará principalmente “asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social *para todos los habitantes de Colombia*”²³ (subrayado del autor).

Posteriormente queda establecido en las *características básicas* del mismo sistema de salud que “todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales”.²⁴

aplicando de esta manera el mismo principio y significado. Y de acuerdo con ello, en el mismo artículo, en el literal j), se crea el régimen subsidiado “con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas”.²⁵

Guardando coherencia con lo anterior, el sistema define que cada habitante del territorio colombiano hace parte del sistema: “A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud”,²⁶ y señala más adelante, en el literal b) del mismo artículo, la meta de universalidad para él mismo: “A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de [...]”.²⁷

¿Cómo se entiende la universalización en la Ley 1122 del 2007?

Ante la declarada preocupación por el incumplimiento de la meta, la mencionada ley debería entonces establecer una reforma que garantice el propósito de alcanzar la cobertura universal, que como es de la naturaleza de nuestro sistema, se refiere al aseguramiento, si bien, como se ha cuestionado, ello no signifique universalidad en el acceso a la prestación de servicios. Para el efecto, lo que hace la norma de referencia, en primera instancia, es establecer fundamentalmente un nuevo significado a la universalidad en el sgss. Lo hace en varios de sus artículos, si bien en ninguno de ellos anuncia expresamente una redefinición del término ni una reforma de las normas anteriormente mencionadas, pero lo hace intencionadamente. Basta con mirar las exposiciones de motivos de los proyectos de Ley 001 y 002 del 2006, principales inspiradores de la reforma. En ellos, los cálculos de personas para hablar de cobertura universal plantean el total de las clasificadas en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén (30 millones de colombianos) y los cálculos de costos de aseguramiento para la cobertura universal hablan de subsidios (recursos nuevos anuales por cerca de 1,3 billones de pesos);²⁸ de igual manera, hablar del logro de la equidad en el sistema se refiere solo a las condiciones de afiliación y pagos en los niveles 1, 2 y 3 afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado.²⁹

En efecto, en el artículo 9, la mencionada ley proclama: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema”.³⁰ De igual manera en el artículo 11 de la misma ley, en su numeral b), se establece que “en todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén 1, 2 y 3”.³¹

Como fuere —y dado que en ningún momento se aborda en los mecanismos y recursos una referencia a la totalidad de la población—, por universalidad se enten-

derá a partir de esta ley solo la cobertura de afiliación-aseguramiento de la población clasificada en los niveles 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios del Estado (Sisbén).

No más la búsqueda de garantía a todos los habitantes del territorio nacional, ni a todos los ciudadanos. No más la condición de ciudadanía. Se trata de una profundización de la estrategia de focalización bajo el concepto del *Estado mínimo*, que considera sus responsabilidades agotadas, con la asignación de subsidios a la población en extrema pobreza, que bajo el principio orientador de organización social con base en el mercado, lo que busca es habilitar una capacidad de consumo para quienes por sus propios medios no la tienen, entregando además los recursos del gasto social del Estado al manejo de entidades privadas, dotadas de gran capacidad para obtener de dichos recursos altos rendimientos financieros, puestos posteriormente al servicio del capital.

A partir de ahora, se hablará de universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez se afilien al mismo los identificados en los tres primeros niveles de pobreza, según el instrumento dispuesto para el efecto. Adicionalmente, tampoco importará —para hablar de universalidad— que unos de ellos tengan “derecho”, según el plan que los cubre, a 60% de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, diseñado con el propósito de integralidad y al cual tienen derecho los que sí tienen capacidad de pago y que otros, también en condición de pobreza, solo tendrán “derecho”, según el plan que los cubre, a la mitad del anterior, es decir a 30% de los contenidos del plan “mayor”.

En este último aspecto vale la pena identificar la situación en la que cayó el sgss colombiano, que inspirado en lo que posteriormente se presentó como la propuesta del *pluralismo estructurado*, pretendió abordar un diseño que enfrentara los sistemas o modelos segmentados como los latinoamericanos antes de las reformas y el Sistema Nacional de Salud de nuestro país, en particular, para solucionar dicha segmentación, prometiendo la equidad a partir de la libertad de elección y la igualación de la capacidad de pago con el establecimiento de la *unidad de pago por capitación*.

A los segmentos anteriores, denominados subsector oficial (para la población pobre), subsector de la seguridad social (para los trabajadores) y subsector privado (para los que tienen capacidad de pago), le han seguido ahora sin solución los regímenes contributivo (para los que tienen capacidad de pago) y subsidiado (para los que no la tienen) y el sector de los vinculados (que están sin capacidad de pago ni aseguramiento), con una institucionalidad diferente y derechos diferentes, justamente lo criticable de los sistemas segmentados. Esto sin contar con la que vulgarmente se ha denominado “población sándwich” para designar una gran parte de la población que no tiene capa-

cidad de pago, pero que tampoco logra quedar identificada en ninguno de los niveles de pobreza según el instrumento designado para el efecto. Con la aparición ahora de los subsidios parciales, aparece entonces un nuevo segmento; como quien dice: que ahora tenemos más segmentos que antes, a pesar de las promesas con las cuales aceptamos e implementamos la reforma sectorial en Colombia.

El pluralismo estructurado se presenta como el modelo alternativo a los sistemas segmentados: “Así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos sistemas polares, el pluralismo estructurado las compensa”.³² Sin embargo, 13 años después de la vigencia de la Ley 100, como ya se ha dicho, aparecen claramente cuatro segmentos no conformes con ello; la Ley 1122 del 2007 consagra uno más, el de los *subsidios parciales*, sin considerar aún otros segmentos importantes de la población por su número pero, más aún, por sus condiciones, como es la población desplazada por el conflicto armado.

Dirección y regulación

El segundo aspecto que se quiere resaltar tiene que ver con la intervención que la Ley 1122 del 2007 hace de la función y la institucionalidad de *dirección y regulación del sistema*. Se agrega ahora un organismo nuevo, se adicionan funciones, se tocan aspectos de la autonomía de las instituciones y se replantean aspectos de la descentralización, tal y como se había venido desempeñando. Este aspecto, como ya vimos, requería —al decir de los diferentes estudios y de las intervenciones de los expertos— un replanteamiento en nuestro sistema, por diferentes razones, no siempre compartidas por todos.

En el marco de las aludidas reformas sectoriales, la redefinición del papel de los gobiernos, tal como se diseñó a instancias del Banco Mundial, constituyó un eslabón de gran importancia. La pérdida de protagonismo del Estado que ello supuso, sin embargo, ha sido señalada como una de las causas de varios de los problemas identificados en los sistemas resultantes y, particularmente, en el descuido de la salud pública, lo que se ha evidenciado en los países que han emprendido tales reformas.

En el ámbito internacional, con liderazgo, en este sentido, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, se argumenta que las reformas del sector se han valorado ahora por la introducción de nuevas funciones y nuevos actores y por sus cambios financieros y de organización para la prestación de los servicios de salud, no obstante, se siente como un vacío el no haber diseñado acciones específicas tendientes a fortalecer las instituciones del Estado para el ejercicio de la función rectora de los sistemas resultantes: “Sin embargo, los cambios relacionados con el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias y con su mejora en el ejercicio de la salud pública han recibido mucha

menor atención”.³³ A pesar de la justeza de esta preocupación, en relación con el desempeño de los sistemas y sus resultados en términos de salud de la población, tales “errores” resultantes —me atrevo a señalar— no son producto de la ausencia del diseño de un papel del Estado, sino, por el contrario, de su diseño como parte de las políticas que inspiraron las reformas respaldadas por los organismos financieros internacionales. Véase, para el efecto, el documento denominado “Redefinición del papel del gobierno en el sector de salud”, producido por Robert Hecht y Philip Musgrove, funcionarios del Banco Mundial, de reconocida trayectoria académica e influencia en el diseño de estas políticas.³⁴

En el sentido ya anunciado es como, a instancias de la Organización Panamericana de la Salud —tanto en sus funcionarios centrales como de las reuniones de ministros del área— se coincide en señalar como prioritaria la redirección de esfuerzos encaminados a fortalecer las instituciones de los Estados y recuperar el papel de autoridad sanitaria. Así lo señala la *Iniciativa de la Salud en las Américas*, de la OPS:

La reforma del Estado y la descentralización de la vida política, económica y social de los países, han vuelto prioritaria, en la región de las Américas, la redefinición de los roles institucionales al interior del sector de la salud, a fin de garantizar el pleno ejercicio de la autoridad sanitaria y de fortalecer el papel rector del Estado en el desempeño del sistema de salud y en los procesos de reforma sectorial.³⁵

De lo anterior ha surgido el planteamiento de las *funciones esenciales de la salud pública* (FESP) como instrumento que permitiría centralizar y comprender el papel de los gobiernos en materia de salud; junto con él, los países miembros de la OPS/OMS han acordado un instrumento de medición del desempeño de las instituciones del Estado en ejercicio de la función rectora, que se convierte en instrumento de evaluación del ejercicio de la autoridad sanitaria en los países. Este instrumento se ha aplicado en los diversos países del área y su aplicación en Colombia se convierte en una de las justificaciones para intervenir en el ejercicio de las funciones de dirección y regulación de nuestro Sistema de Seguridad Social en Salud.

En el año 2001, se realizó dicha medición en Colombia y se obtuvo como resultado un panorama francamente desolador. De las once funciones, solo una, la que se refiere a la “reducción del impacto de emergencias y desastres en salud”, obtiene una buena evaluación, que la sitúa en el 81%, mientras que funciones tan importantes como la de promoción de la salud alcanza solo un puntaje del 12%. Con excepción de la función ya anotada, la evaluación oscila entre el 12 y el 40% para ejercicio de las denominadas funciones esenciales por parte del Ministerio de la Protección Social como autoridad sanitaria nacional en Colombia (figura 2).

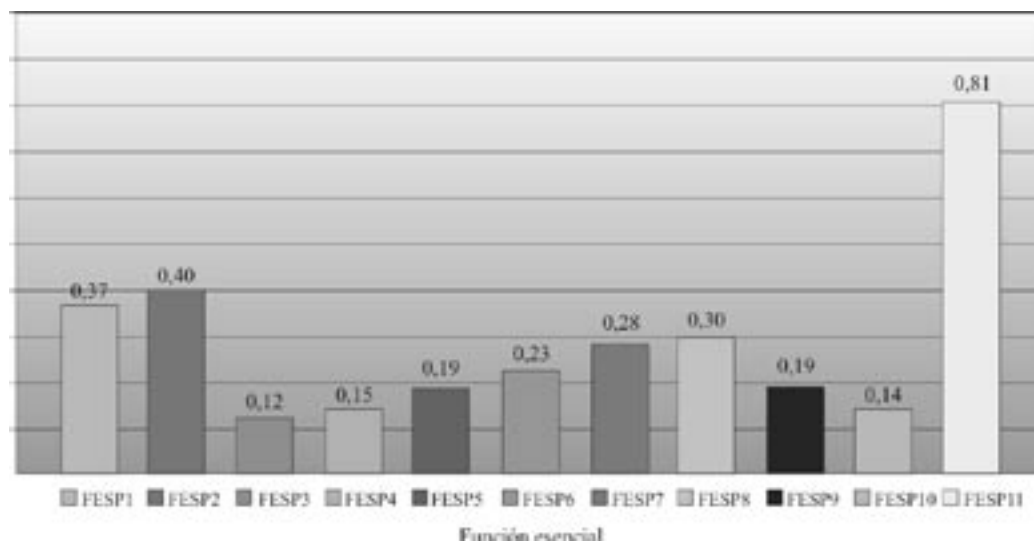


Figura 2. Resultados de la medición del desempeño de las FESP ejercidas por la autoridad sanitaria en Colombia (21 de septiembre, 2001)
Fuente: Ministerio de Salud de Colombia-Organización panamericana de la Salud, OPS/OMS

Por su parte, analistas locales coinciden básicamente con el diagnóstico del ejercicio de esta función en nuestro sistema: “La percepción general se refiere a una falta de liderazgo, legitimidad y capacidad de estas entidades (Ministerio, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Superintendencia Nacional de Salud) que se expresa por sobreregulación, duplicidad de funciones y vacíos regulatorios”.³⁶

Uno de los elementos del diagnóstico alrededor del cual ha habido fuerte consenso por parte de los diversos actores del sistema es que existe una sobrereglamentación que dificulta la operación y que, en muchos casos, se ha percibido como inestabilidad normativa y ha generado inseguridad en muchos de ellos para que actúen en él. Así lo manifestó públicamente la Confederación de Secretarios Municipales y Departamentales de Salud del país al señalar como primer problema el “exceso de normas y reglamentaciones, todas dispersas”, ante lo cual propusieron como solución, al igual que otros, la elaboración de un estatuto único de la normatividad para la seguridad social, que contenga las funciones y competencias del Estado y de los actores del sistema.

Las críticas no competen solo al ministerio. Para algunos, el funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud merece hondos reparos y, por lo menos, ha sido objeto de estudio específico por parte de diversos investigadores del país.^{37, 38} Según el Grupo de Economía de la Salud, de la Universidad de Antioquia, se identifican tres fallas de regulación, a partir del estudio sobre el CNSSS:

El primer fallo surge por la propia conformación del organismo, la cual al estar guiada por la participación de los principales actores del sistema y no por

las necesidades del consumidor, facilita la captura de intereses [...] El segundo fallo, referido a problemas de información, se verifica en el mecanismo de toma de decisiones. Aunque el Consejo posee instrumentos legales para dirigir el Sistema, estos terminan dependiendo de la autoridad del ejecutivo al no contar con estudios propios para sustentar la regulación [...] y el tercer fallo, desde la perspectiva de los regulados, muestra que la regulación ha sido fluctuante, episódica y, en algunos casos, confusa, profusa y difusa.³⁹

Existe la sensación que en muchas ocasiones, para tomar las decisiones adoptadas, no se necesita de un organismo como el creado y, más aún, que los aspectos centrales para los cuales se conformó merecieron poca atención: “Más de la mitad de las sesiones del CNSSS que se estudiaron atendieron aspectos de trámite, que podrían atender de una forma más expedita y profesional los funcionarios de los ministerios. Los manuales de medicamentos y los planes de beneficios (POS) se han revisado esporádicamente”.⁴⁰ No obstante, el trabajo de Gómez y Sánchez advierte que una eventual desaparición del CNSSS sería desventajosa para los más débiles y recomienda conservarlo como órgano de dirección, participación y control político, si bien se puedan modificar aspectos de su conformación, funciones y métodos.

En general, se evidencia pues que una reforma de la Ley 100 de 1993 debía enfrentar, como un tema importante y prioritario, una intervención en la función de dirección del sistema y de sus organismos responsables. El proyecto de Ley 38, del Senado de la República, lideró en las propuestas la intervención en la institucionalidad de tal función, proponiendo un organismo nuevo que asumiera las funciones hasta ahora reservadas para

el CNSSS y la transformación de este en un organismo solo de carácter asesor del ministerio. Justifica su propuesta con base en el siguiente diagnóstico:

La aplicación de la Ley 100 ha tenido grandes debilidades en Colombia, pues no ha existido un organismo capaz de diseñar las políticas y trazar las estrategias necesarias para que se avance en la solución de los principales problemas de salud del país. La actual Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo demasiado grande y complejo, con representación específica de los diferentes organismos que tienen que ver con la organización, aseguramiento y prestación de los servicios de salud, que no se reúne con la suficiente periodicidad ni actúa con la debida diligencia para pensar con seriedad en la salud de los colombianos. Su labor está más dirigida a defender intereses particulares de las entidades que representan sus miembros, por lo que debería convertirse en una comisión asesora del Ministerio de la Protección Social y de ese modo sirviera como un instrumento de regulación y control.

La Ley 1122 del 2007 creó entonces la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la cual definió como una “unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social”.

Conforman esta comisión siete miembros, todos nombrados por el presidente de la república con carácter de funcionarios públicos; dos de ellos son el ministro de la protección social y el de hacienda y crédito público, y los otros cinco se denominan comisionados expertos, que tendrán dedicación exclusiva y deberán tener como mínimo grado académico de maestría y experiencia mínima de 10 años. Dichos comisionados serán elegidos del sector académico, de la salud y de la economía de la salud, de las organizaciones de profesionales del área y de los usuarios.

Las funciones de esta comisión tienen que ver con la definición de asuntos centrales de nuestro sistema y que han sido a la vez las más importantes del CNSSS hasta ahora. Tiene en sus manos la definición de los asuntos financieros más importantes, tales como el valor de la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo, de subsidios “plenos” y de subsidios “parciales”; el establecimiento y actualización de un sistema de tarifas y de un manual de tarifas que funcione como piso en la contratación por prestación de servicios de salud; y la definición de los criterios para los pagos moderadores. De igual manera, deberá definir lo concerniente a los beneficios que funcionan como los derechos de los asegurados, y debe definir y modificar los planes obligatorios de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, incluido el manual de medicamentos y el reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad.

De esta manera, el CNSSS pasa a ser, según el nuevo ordenamiento, un ente asesor del Ministerio de la Protec-

ción Social y de la propia comisión, lo que ha valido para la crítica de diferentes actores del sistema que ven como se acaba así la instancia, tanto de concertación como de participación más importante que ha tenido hasta ahora el sgsss. Así lo hace la Asociación Médica Colombiana, que ve como un desacierto la decisión tomada, “más cuando se busca cambiarlo por una comisión de regulación en salud de bolsillo de la administración de turno”. En opinión de esta asociación, “el CNSSS era un instrumento excepcional de control político, participación y concertación, nacido de los principios de democracia participativa establecidos en la Constitución Política de 1991”, y así respalda su actuación a lo largo de los años de vigencia de la Ley 100 de 1993, hasta ahora.

En adición a lo manipulable que sería esta comisión, como ya se anticipa, podría esperarse una inoperancia del citado consejo bajo su nueva figura, partida de una desmotivación a la presencia de los diversos actores y una desintegración progresiva hasta su desaparición práctica.

Un segundo aspecto en el tema de dirección y regulación del sistema intervenido por la nueva ley es el establecimiento de la evaluación por resultados, lo cual, en principio, puede entenderse como loable. Un sistema de salud debería tener una forma de evaluación de sus actores, la cual no solo debe mirar el desempeño de estos sino los resultados en términos de impacto en la población. Así, entonces, que la norma en cuestión plantee la evaluación con base en indicadores de gestión es apenas entendible; que la haga con base en indicadores de salud, en gran medida es comprensible, amén de que cada vez es más claro que la salud tiene mucho más que ver con las condiciones de vida que con la prestación de servicios. Pero que se esgriman indicadores de bienestar, adicionales a los de salud, parece ser parte de la retórica de una discusión política, como las que con seguridad se presentaron en el Congreso de la República, previas al acuerdo sobre la ley, pero a todas luces impracticable en el sistema. ¿Cuáles “indicadores de bienestar” se les solicitaría a las EPS del régimen contributivo o del régimen subsidiado? ¿Cuáles a una IPS privada? E incluso ¿cuáles a una dirección de salud?

El asunto es que si no se cumplen dichos indicadores, la sobrevida de los actores respectivos corre peligro en el sistema. Si quienes no los cumplen son las direcciones locales de salud, será la Dirección Departamental de Salud la que se hará cargo de sus funciones, y si no es esta última, le corresponderá al ministerio hacer sus veces. Esto hace prever, por lo menos en el sector público, una centralización del sgsss, como ya se ha venido advirtiendo en diferentes círculos del sector y del país. Pero antes de aquello, la reglamentación de la presente ley tendrá una tarea muy difícil: ¿cuáles indicadores de bienestar, adicionales a los de salud, se asumirían para

dicha evaluación, o simplemente ignorará este mandato legal, a conciencia de su dificultad práctica?

Un último aspecto para destacar de la evaluación se trata de la que se propone de las empresas sociales del estado (ESE), a las que se piensa evaluar según indicadores de rentabilidad social, condiciones de atención, cobertura, aplicación de estándares de contratación de profesionales, estabilidad laboral y acatamiento de las normas de trabajo. Indudablemente es relevante la voluntad de mirar estos indicadores, pero, al tratarse de un sistema público, ¿por qué es válido hacerlo en las ESE y no en las IPS privadas? ¿No deberían arrojar similares resultados en lo que se espera como rentabilidad social en un sistema de salud? Particularmente, desde el punto de vista de la política social, es de gran importancia vigilar y hacer respetar la dignidad de los trabajadores y propender desde allí por la contratación y la estabilidad laboral, pero ¿por qué hacerlo solamente cuando el patrono es una entidad pública y no cuando lo es el capital privado? Hay allí una doble moral en el gobierno, al brindar todas las garantías de maximización de ganancias al sector privado, sin ninguna pretensión de redistribución por vía de garantías laborales a los trabajadores y, a la vez, a la generación de las condiciones más onerosas de vinculación laboral para las instituciones públicas, que debieran por ello competir en condiciones desventajosas en el mercado, con la consiguiente profundización posterior de la privatización de la prestación de servicios de salud en el país.

Salud pública

El tercer aspecto destacado aquí asume lo que se titula en la Ley como salud pública. Esta se entiende como la situación de salud de la población, pero también como el conjunto de estrategias y prácticas sociales para enfrentarla, lo que ha sido otro de los aspectos de consenso de reforma en nuestro país, aunque parece que es un rasgo común a los sistemas de la era de las reformas: “Ha habido dos grandes ausentes en los procesos de reforma, la salud pública y los recursos humanos”. Así lo advierte la OPS, cuando afirma que “hoy, existe una preocupación generalizada por la carencia de una política explícita de salud pública y por la falta de liderazgo y debilidad de sus instituciones que se ha traducido en el empeoramiento de los indicadores de salud pública”.

Al referirse en particular a la situación de salud pública del país, José F. Cardona et al. toman cinco indicadores para referirse a su deterioro:

Son inadmisibles las altas cifras de niños menores de cinco años con otitis media supurativa y con hospitalización por neumonía y enfermedad diarreica en población asegurada que no tiene barreras económicas de acceso. Resultan preocupantes los altos niveles de mortalidad materna evitable mediante una buena atención en un sistema que reporta más del 95% de

partos atendidos institucionalmente por médico. La incidencia de sífilis congénita con tasas superiores a 1 por 1.000 nacidos vivos en la mayor parte del territorio nacional [...] la situación relacionada con las enfermedades transmitidas por vectores muestra un serio deterioro [...] Los niveles de vacunación descendieron entre 1996 y 1999 en forma progresiva.⁴¹

Al adicionar solo algunos otros indicadores de salud, las figuras 3 y 4 presentan respectivamente la situación de hospitalización y de mortalidad por malaria en Colombia desde 1990; puede verse allí un aumento de los casos a partir de 1996.

De la misma manera, la figura 5 muestra el aumento de las tasas de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos a partir de 1996 en Colombia.

Por otro lado, cuando se mira la efectividad de programas de reconocido alto impacto en salud pública, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, se encuentra cómo en los años siguientes al inicio de la implementación del sistema, sus coberturas descienden dramáticamente y, solo en los años recientes, luego de grandes debates y de la evidencia de nuevos riesgos, se presenta una nueva recuperación en estos indicadores específicos, tal como lo muestra la tabla 3.

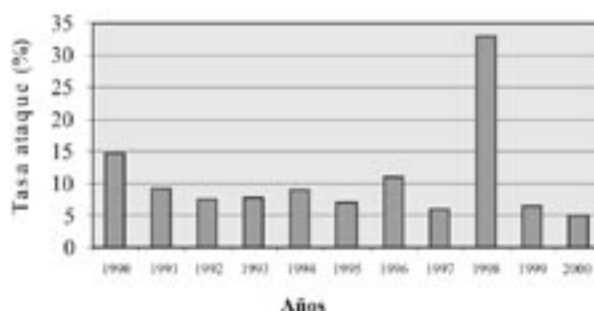


Figura 3. Índice de hospitalización por malaria, Colombia, 1990-2000

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

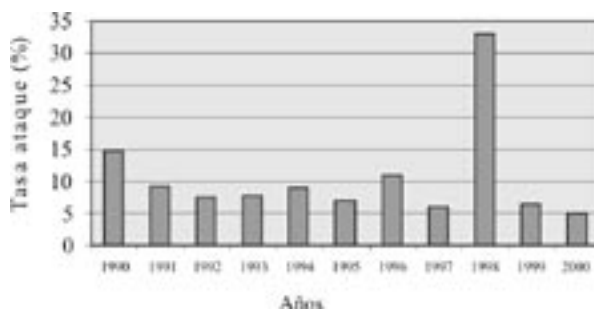


Figura 4. Índice de mortalidad por malaria, Colombia, 1990-2000

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

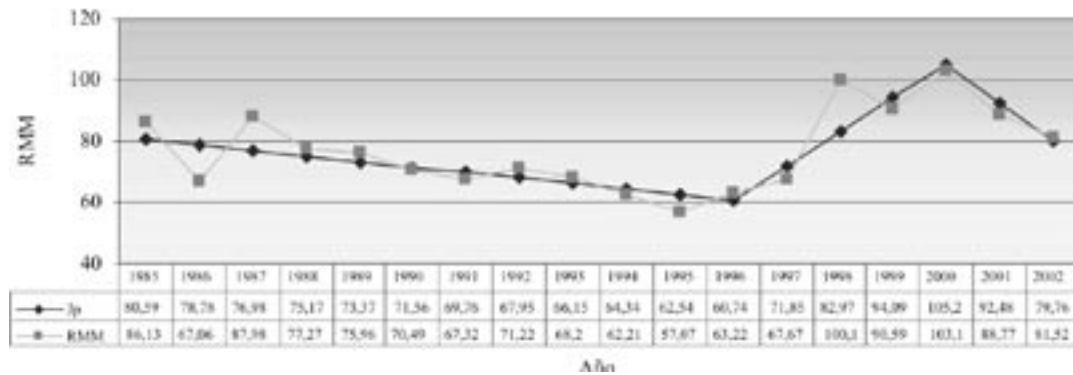


Figura 5. Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, Colombia, modelo de *join point* 1985-2002

Fuente: A. Quintero. La mortalidad materna como indicador de impacto de la política sanitaria en Colombia, 1985-2002

Tabla 3. Coberturas de vacunación en menores de un año, Colombia 1994-2003

Vacunas	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antipolio	92,0	94,5	93,3	84,8	74,6	77,4	81,9	80,5	82,9	92,2
dpt	88,2	93,5	92,3	83,9	72,5	74,0	77,8	77,6	80,5	91,8
bcg	96,0	103,8	103,7	97,9	84,7	79,8	90,1	84,8	87,2	96,6
Antihepatitis B	N. A.	71,3	94,6	84,8	74,7	77,3	77,5	78,1	78,3	91,7
Antihemófilus Hib	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	48,3	64,6	51,6	68,9	92,7
Triple Viral	N. A.	64,0	93,5	88,0	78,0	76,8	78,6	85,5	93,3	92,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud

Por otro lado, es menester analizar otro tipo de impacto en la salud pública derivado de las reformas y profundizado ahora con esta nueva norma que aquí se estudia. En este sentido, resulta claro que la política internacional que rige las reformas sectoriales en América latina y su consiguiente modelo de SGSS colombiano generó un impacto en el concepto de salud pública. A partir de este, se entiende que la salud pública está representada por el conjunto de acciones dirigidas a los colectivos o al medio ambiente únicamente, con excepción de unas pocas de carácter individual cuando se trate de algunos casos de las llamadas externalidades.

El fundamento económico de los actuales sistemas que orienta la organización de los servicios de salud parte de su clasificación como bienes privados, unos, y bienes públicos, los otros. Los primeros se designan como aquellos por los cuales una persona está dispuesta a pagar y, por tanto, pueden ajustarse a las leyes de mercado. La economía los clasifica para el caso de los servicios de salud como servicios individuales; los otros, los públicos son los que aquí se consideran el campo de acción de la salud pública:

A propósito de la apertura de los mercados de salud que regula la Ley 100 de 1993, puede decirse que la salud pública es un bien de consumo colectivo para el cual no se cumplen las leyes del mercado, ya que no tiene demanda explícita [...] los servicios de salud pública se dirigen a un consumidor colectivo o a uno individual con altas externalidades, como es el caso del usuario con una enfermedad contagiosa.⁴²

De allí surge entonces que en el sistema colombiano se haya organizado un paquete de servicios llamado Plan de Atención Básica y que, en su ámbito, se lo considere como el Plan de Salud Pública: “El PAB estará constituido por aquellas intervenciones dirigidas directamente a la colectividad o aquellas que se dirigen a los individuos pero tienen altas externalidades”.⁴³ De este entendido, respecto del PAB como Plan de Salud Pública, da cuenta Iván Jaramillo cuando anuncia que “la ley previó que el Ministerio de Salud deberá definir un plan de atención básica —mejor hubiera sido definirlo como de salud pública— que complementa las acciones previstas en el POS”.⁴⁴

Por supuesto, para la salud pública, considerada su evolución histórica y construcción como campo defini-

do del conocimiento científico, esto no es así. Se trata de una construcción desde los intereses de grupos sociales identificados y expresados en la reformas, para lo cual se han valido de una construcción teórica que ha hecho la disciplina de la economía, muy a pesar de que connotados economistas, como el caso de Kenneth Arrow, habían advertido de la inconveniencia de su aplicación a campos como el de la salud y los servicios de salud en la sociedad.

La preocupación por los colectivos, sus formas de vida y su bienestar le viene a la salud pública de la comprobación en el sentido de que la salud —y de ella, el proceso salud-enfermedad— es un fenómeno estrictamente social, no solo en sus determinantes sino también en sus formas de presentación y en sus consecuencias, y por tanto, no cabe la dicotomía entre salud individual y salud de los colectivos ni entre interés individual ni interés hacia o de los colectivos:

En el centro de los esfuerzos de la salud pública está la preocupación por la vida y todos los actos vitales de los seres humanos en su búsqueda del bienestar y la felicidad. La salud pública ha podido precisar que muchos de los obstáculos al bienestar y la felicidad no son de la responsabilidad de cada uno de los individuos sino que devienen de la manera como están organizados los procesos sociales tales como la producción de riqueza, la intervención sobre los entornos físicos y las decisiones económicas y políticas.⁴⁵

¿Cómo se plantea la salud pública en la Ley 1122?

Un primer hecho que puede calificarse de positivo es la decisión de establecer para el país un Plan de Salud Pública y que este se conciba en el Plan de Desarrollo Nacional que cada cuatrienio debe someter la presidencia de la República a aprobación del Congreso y que han de ejecutar como compromiso de su mandato. No obstante el real significado de esta disposición, en la nueva ley hay que entenderla según su propio significado y contexto. Por supuesto, esta Ley no cambia el “malentendido” ya referenciado de la Ley 100. En esta disposición se perpetúa la dicotomía salud individual-salud colectiva. Pero, adicionalmente, la Ley 1122 reduce aún más el asunto cuando adopta un concepto de salud pública como el “conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población *por medio de acciones de salubridad*”⁴⁸ (subrayado del autor). Y entonces aquí, al impacto negativo en la conceptualización de la salud pública consagrado en la Ley 100 de 1993, ya comentado, se agrega un retroceso de grandes magnitudes en la historia de la salud pública. Equipararla con la salubridad es retornar a la época del higienismo, el cual hace parte de la prehistoria de la salud pública, en su consideración como concepto y como etapa evolutiva de la estructura sanitaria del país. Así lo refleja el estudio sobre la salud en Colombia, en su capítulo titulado “De la higiene a la salud pública”:

Los conceptos de higiene, salud pública, saneamiento ambiental, medicina preventiva, etc., dejan de ser patrimonio de los higienistas [...] no obstante, estos conceptos presentan sus matices y se relacionan con diferentes orientaciones. Tal es el caso de los términos higiene y salud pública [...] A finales de los años cuarentas, el término salud pública se difunde con amplitud en el área hispanoparlante, en tanto sinónimo de salud del pueblo en general. En el Inglés se usaba desde mucho antes el término *public health* en el sentido de medidas para preservar la salud del pueblo [...] el doctor Winslow, profesor de higiene de la Universidad de Yale, afirmaba: “La salud pública es la práctica de las medidas de medicina preventiva en todos los casos donde sea posible. Esto incluye la prevención de las enfermedades, la prolongación de la vida, promoción de la salud física y mental y la eficiencia de los esfuerzos de la comunidad dirigidos a: a) educación de los individuos en los principios de higiene personal y pública; b) sanidad del medio ambiente; c) control de enfermedades prevenibles; d) organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico y tratamiento preventivo del individuo [...] estos aspectos conceptuales incidieron para que en Colombia en 1951 el Ministerio de Higiene se convirtiera en el Ministerio de Salud Pública (Decreto 984)”.⁴⁹

La salubridad es un término que históricamente aplica a las medidas de saneamiento de diferentes espacios físicos. Tradicionalmente se habló de ambientes insalubres para referirse a aquellos en los cuales se debían aplicar las medidas de salubridad. “Mediante la Ley 30 de 1986, se creó en Colombia la Junta Central de Higiene, como cuerpo colegiado asesor del gobierno en las decisiones concernientes a la higiene, en particular aquellas referidas a la *salubridad de los puertos*”⁵⁰ (subrayado del autor). En el mismo sentido, la historiadora Libia J. Restrepo relata que con la ‘visita científica’ efectuada en 1904 por el renombrado médico Juan B. Montoya y Flórez, se empezó a observar qué condiciones podrían modificarse en los trabajos del ferrocarril, con el fin de conseguir una mayor salubridad para los obreros”.⁵¹

Identificar, pues, la salud pública hoy con la salubridad es emparentarla con las medidas de saneamiento ambiental, al estilo de la visión limitada de aquellos comienzos de la estructura sanitaria del país. Y en estas condiciones, es poco lo que puede esperarse del llamado Plan de Salud Pública como componente del Plan de Desarrollo Nacional.

Consideraciones finales

Escapa a este análisis lo referente a las modificaciones que esta norma hace de la Ley 715 del 2001, que reglamenta una modificación constitucional (Acto Legislativo 001 de 2001); de la Ley 797 del 2003, del Sistema General de Pensiones; y de la Ley 776 del 2002, del Sis-

tema General de Riesgos Profesionales. Algunos hablan de problemas jurídicos en estas modificaciones, frente a lo cual no presento profundización alguna.

En segundo lugar, es necesario mencionar que se introducen algunas modificaciones en el financiamiento, tendientes a buscar nuevos recursos para ampliar coberturas en el régimen subsidiado, buscar mejoras en el flujo de los recursos hasta los prestadores de servicios y abolir los copagos para los afiliados en el régimen subsidiado clasificados en nivel 1 del Sisbén. Este último aspecto podría aliviar en algo la carga económica de los servicios de salud de esta población en condiciones de miseria, si bien cuando se alude a barreras económicas, intervienen otras variables diferentes del servicio mismo, tales como los costos del transporte, cuando no otros más. Asimismo, y probablemente con el ánimo de contribuir a aminorar las barreras de acceso, con la Ley 1122 del 2007 queda abierta la posibilidad de revivir los llamados subsidios de oferta para garantizar la viabilidad de prestadores de servicios en peligro por condiciones de mercado.

Para muchos analistas, lo que se presenta como control a la integración vertical en realidad es su legalización. Según algunos estudios, no parece haber muchas EPS que al momento tengan un porcentaje que llegue a lo aprobado del 30% y, por el contrario, dicha integración alcanza porcentajes mucho menores.

Esta misma ley parecería que aumenta los poderes a la Superintendencia Nacional de Salud, crea la figura del defensor del usuario y resuelve los problemas detectados de vigilancia y control. Sin embargo, a pesar de su rimbombancia, estas medidas parecerían más débiles aún.

En resumen, se presenta una colección de temas en los que se hacen una serie de ajustes de carácter funcional, tendientes a corregir algunas desviaciones y aspectos de la relación entre los diferentes actores del sistema, pero que no afectan su estructura central.

A manera de conclusión

El aspecto de mayor impacto en la intervención que mediante la Ley 1122 del 2007 se hace del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud de nuestro país es el de dirección y regulación. Sin embargo, su intervención no es compartida por diferentes actores del sistema y diferentes analistas. Se advierte que podrían reflejar una tendencia centralista y que se pierden espacios importantes de concertación y participación social.

A pesar del poder de la Ley, se presenta frente a lo aquí dispuesto una discusión académica frente a la utilización y redefinición de asuntos vitales, como los de universalidad y salud pública, asumiendo conceptos aquí, claramente regresivos, no solo de los avances ya hechos en el país, sino respecto del concierto internacional, por lo menos en el ámbito académico.

Por último, las modificaciones adoptadas en la Ley representan ajustes solamente funcionales, pero la estructura central y el modelo permanecen indemnes, y habrá que aplazar por mucho más tiempo su transformación. Siguiendo el modelo y los aspectos centrales del diseño, se ha producido una nueva norma para que “todo cambie, a fin de que nada cambie”.

Referencias

1. Rivas-Loria, P, Saldaña K. Prefacio de perfiles de los sistemas de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma. Edición especial No. 18. Washington D. C.: OPS/OMS y USAID; 2006.
2. Rivas-Loria, P y Saldaña, K. Fortalecimiento de los sistemas de salud y las reformas. Edición No. 8. Washington D.C.: LACHEALTHSYS; 2006.
3. Rincón, L. Situación del sector salud en Colombia. Retos y compromisos del nuevo gobierno. Bogotá: Fundaciones Corona y Fundación Santafé de Bogotá; 2002.
4. Cardona J, Hernández A, Yépez F. La Reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿Avances o retrocesos? Rev gerenc políticas salud. 2005; 4 (edición especial 9).
5. Proyecto de Ley No. 001 de 2006. Reforma la Ley 100 de 1993 en materia de salud. Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
6. Proyecto de Ley No. 002 de 2006. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
7. Martínez F, Robayo G, Valencia, O. “¿Porqué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en salud”? Bogotá D.C.: Fedesalud; 2002. p. 69
8. Martínez F, Robayo G, Valencia, O. “¿Porqué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en salud”? Bogotá D.C.: Fedesalud; 2002. p. 70
9. Proyecto de Ley No. 002 de 2006. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
10. Proyecto de Ley 001 de 2006. “por medio del cual se reforma la Ley 100 de 1993 en materia de salud”. Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
11. Diccionario de la Lengua Española. Pequeño Gigante Ilustrado. Bogotá: Bibliográfica Internacional; 1997.
12. Diccionario de Sinónimos y Antónimos. Madrid: Espasa-Calpe; 2005.
13. De la Herrán Gascón A. El derecho a la universalidad: Un desafío educativo para el siglo XXI. En: Llo-

- rent Bedmar V, coordinador. Derechos y educación de niños y niñas. Un enfoque multicultural. Sevilla: GIECSE; 2002.
14. Añez C. El Estado del bienestar social y el neoliberalismo ante los derechos laborales. *Revista de Ciencias Sociales*. 2004; 10(1): 70-82
15. Giraldo C. Finanzas Públicas en América Latina: La economía política. Bogotá D.C.: Desde Abajo; 2001.
16. Añez C. El Estado del bienestar social y el neoliberalismo ante los derechos laborales. *Revista de Ciencias Sociales*. 2004; 10(1): 70-82
17. Arendt A. Los orígenes del totalitarismo. Madrid: Taurus; 1974.
18. Beveridge W. Social insurance and allied services. London: H. M. Stationery off; 1942
19. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 48. Bogotá D.C.: República de Colombia; 1991.
20. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 49. Bogotá D.C.; 1991
21. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
22. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 2. literal b. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
23. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 154. literal b. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
24. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 156. literal b. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
25. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 156. literal j. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
26. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 157. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
27. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Artículo 157. literal b. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
28. Proyecto de Ley No. 002 de 2006. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
29. Proyecto de Ley No. 001 de 2006. Reforma la Ley 100 de 1993 en materia de salud. Senado de la República de Colombia. (20 de julio de 2006.)
30. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 1122 de 2007. Capítulo III, Del Financiamiento, Artículo 9. Financiación. Diario Oficial no. 46506 (enero 09 de 2007).
31. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 1122 de 2007. Capítulo III, Del Financiamiento, Artículo 11. Diario Oficial no. 46506 (enero 09 de 2007).
32. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. México: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. Documento de trabajo: 353.
33. OPS/OMS. La iniciativa 'La Salud en las Américas' y la necesidad de fortalecer el ejercicio de la salud pública en la región. En: La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington. D.C.: OPS/OMS; 2002 .Publicación científica y técnica :589.
34. Hecht R, Musgrove P. Redefinición del Papel del Gobierno en el Sector de Salud, en Finanzas y Desarrollo. 1993; 30 (3): 6-9
35. OPS/OMS. La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales. En: La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington. D.C.: OPS/OMS; 2002 .Publicación científica y técnica :589.
36. Acosta OL, Latorre C. Elementos para la discusión de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: ASIVAMOSENSALUD/Fundación Corona/Fundación Santa Fé de Bogotá; 2004.
37. Gómez C, Sánchez H, Ramírez M. Experiencia del Consejo Colombiano de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones. Informe de Investigación. Bogotá: Assalud; 2003
38. Restrepo JH, Rodríguez S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*. 2005; 7 (12):
39. Restrepo JH, Rodríguez S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*. 2005; 7 (12): 165-90
40. Gómez C, Sánchez H, Ramírez M. Experiencia del Consejo Colombiano de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones. Informe de Investigación. Bogotá: Assalud; 2003. p. 50
41. Brito P. Funciones Esenciales de la Salud Pública. Conferencia Inaugural. En: II Congreso Internacional de Salud Pública. Accesibilidad al Desarrollo y a los Sistemas de Salud, Condición para el Bienestar Social. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
42. OPS/OMS. La iniciativa 'La Salud en las Américas' y la necesidad de fortalecer el ejercicio de la salud pública en la región. En: La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington. D.C.: OPS/OMS; 2002 .Publicación científica y técnica :589. p 29

43. Cardona JF, Hernández A, Yepes F. La Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia. ¿Avances Reales? 2005; Rev. gerenc. políticas salud.4(9): 81-99.
44. Jaramillo I. El Futuro de la Salud Pública en Colombia. 4ª edición. Bogotá D.C.: 1999; p. 214
45. Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993.Libro segundo.Artículo 1665. Diario Oficial, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
46. Jaramillo I. El Futuro de la Salud Pública en Colombia. 4ª edición. Bogotá D.C.: 1999; p. 216
47. Cardona A, Franco A. La Salud Pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. Rev Fac Nac salud pública. 23(2): 107-14
48. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 1122 de 2007. Capítulo III, Del Financiamiento, Artículo 32. Diario Oficial no. 46506 (enero 09 de 2007).
49. Yepes F,director. Colombia. Ministerio de Salud. La Salud en Colombia. Análisis Socio-Histórico. Bogotá D. C.:Ministerio de Salud; 1990.
50. Eslava J. Buscando el Reconocimiento Profesional. La Salud Pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2004.
51. Restrepo L. La práctica médica del Ferrocarril de Antioquia. 1875 – 1930. Medellín: La Carreta; 2004.