

**EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y UNA PROPUESTA DIRIGIDA A  
REFORMAR EL SECTOR DE LA SALUD PARA BENEFICIAR A LA  
POBLACIÓN.**

**MARIA ALEJANDRA LOZANO ORTÍZ.  
TATIANA VICTORIA MESA CARRILLO.**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS, INVESTIGACION  
CENTRO DE INVESTIGACION FRANCISCO DE VITTORIA  
BOGOTA  
2006**

**EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y UNA PROPUESTA DIRIGIDA A  
REFORMAR EL SECTOR DE LA SALUD PARA BENEFICIAR A LA  
POBLACIÓN.**

**MARÍA ALEJANDRA LOZANO ORTÍZ.  
TATIANA VICTORIA MESA CARRILLO.**

**Monografía para optar por el título de Abogado**

**Director:**

**Profesor Jhon Fischer Muñoz.  
Abogado**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS, INVESTIGACION  
CENTRO DE INVESTIGACION FRANCISCO DE VITTORIA  
BOGOTA  
2006**

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Bogotá, 22 de agosto de 2006**

Esta Tesis de Grado esta dedicada, a nuestros padres, Irma y Mario, Carlos y Regina; a nuestros hermanos, Andrés y Helmuth, especialmente a Liliana y Claudia, que con sus sabios consejos e incondicional apoyo hicieron posible que nosotras construyéramos día a día nuestro plan de vida profesional. A nuestras colegas y amigas, que con su confianza en nosotras lograron que no fracasáramos en el intento. Y a todas aquellas personas que creyeron en nosotras y nunca dudaron de nuestras capacidades.

**Alejandra Lozano Ortíz.**  
**Tatiana Mesa Carrillo.**

**EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y UNA PROPUESTA DIRIGIDA  
A REFORMAR EL SECTOR DE LA SALUD PARA BENEFICIAR A LA  
POBLACIÓN.**

**CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	7.
<b>ABREVIATURAS</b>	8.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	12.
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	15.
<b>1. HISTORIA DE LA SALUD EN COLOMBIA</b>	16.
1.1. De los sucesos legislativos materia de seguridad social en Colombia.	16.
1.2. Antecedentes de la reforma de 1993.	32.
1.2.1. Antes de la promulgación de la Constitución de 1991.	32.
1.2.2. Después de la expedición de la Constitución de 1991.	34.
<b>2. REFORMA DE 1993 “SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL”</b>	37.
<b>LEY 100 DE 1993.</b>	
2.1. Composición de la Reforma.	39.
2.1.1 Régimen Contributivo.	41.
2.1.2. Régimen Subsidiado.	42.
2.1.3. Régimen para Vinculados Transitorios.	43.

2.1.4. Otros Programas en el Sistema.	43.
<b>3. SITUACIÓN ACTUAL DEL SGSSS.</b>	45.
3.1. Legislación Actual en materia de Salud en Colombia.	46.
3.2. Seguimiento de la Reforma de la Salud establecida con La Ley 100 de 1993.	51.
<b>4. ASPECTOS IMPORTANTES DE LA SALUD EN COLOMBIA.</b>	56.
4.1. Aspectos pronunciados por la Corte Constitucional del Derecho a la salud en Colombia.	56.
4.1.1. El control Judicial sobre la Políticas Públicas.	61.
4.2. Política Pública de la Salud en Colombia.	62.
<b>5. NUESTRA PROPUESTA “REFORMA PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA.</b>	65.
5.1. Problemas del actual Sistema de Salud en Colombia.	66.
5.2. Nuestra Propuesta “Hacia una Reforma del Sector de la Salud, Dirigida a la población colombiana”	67.
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	74.

## **RESUMEN.**

En esta Tesis de Grado hacemos un estudio cronológico del Derecho a la salud en Colombia. Su reglamentación y su evolución a través de las reformas que han sido aplicadas hasta hoy. Nuestro eje central es la Ley 100 de 1993, la cual consigna que el ejercicio del derecho a la salud se basa en los principios constitucionales de Universalidad, Eficiencia, Solidaridad y Equidad. Mostramos las carencias actuales que generan malestar en la población y que le impiden acceder a la aplicación efectiva de los principios constitucionales y legales anteriormente expuestos, sin desconocer los avances logrados por el actual modelo de salud.

Partiendo del objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud, el cual ha establecido que la razón de ser del Sistema de Salud es el de mejorar el nivel agregado de salud de las personas medido este en términos de expectativa de vida al nacer, mortalidad y otras estadísticas vitales; y la evidente restricción que enfrenta dicho principio del Sistema de Salud en Colombia, proponemos que dicho objetivo se materialice, con una reorientación del sistema y de los servicios, de manera equitativa y solidaria, con criterios centrados únicamente en la salud de la población y en el bienestar de las personas más que en el mercado y la eficiencia económica.

## **ABREVIATURAS**

**ALAESP:** Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.

**ANDI:** Asociación Nacional de Industriales.

**APS:** Atención Primaria de Salud.

**ARS:** Administradoras del Régimen Subsidiado.

**ASCOFAME:** Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

**ATEP:** Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

**BM:** Banco Mundial.

**CEPAL:** Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina.

**CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**CORPAL:** Corporación Proveedora de Instituciones de Asistencia Social.

**CORPES:** Consejos Regionales de Planeación Económica y Social.

**DNH:** Dirección General de Higiene.

**DNP:** Departamento Nacional de Plantación.

**ENSP:** Escuela Nacional de Salud Pública.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**ESS:** Empresas Solidarias de Salud.

**FEDECAFE:** Federación Nacional de Cafeteros.

**FENALCO:** Federación Nacional de Comerciantes.

**FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía.

**FR:** Fundación Rockefeller

**FMI:** Fondo Monetario Internacional.

**GATT:** Acuerdo General Sobre Aranceles y Comercio.

**IFI:** Instituto de Fomento Industrial.

**ICSS:** Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

**IOPAA:** Integración Operacional de Abajo Hacia Arriba.

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios.

**JCH:** Junta Central de Higiene.

**JDH:** Juntas Departamentales de Higiene.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública.

**OMS:** Organización Mundial de la salud.

**ONU:** Organización de las naciones Unidas.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**OSP:** Oficina Sanitaria Panamericana.

**OSPA:** Organización Sanitaria Panamericana.

**OEA:** Organización de Estados Americanos.

**OSI:** Oficina Sanitaria Internacional.

**OIHP:** Organización Internacional de Higiene Pública.

**PAB:** Plan de Atención Básica.

**PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones.

**PAMI:** Plan de Atención Materno Infantil.

**POS:** Plan Obligatorio de Salud.

**POSS:** Plan Obligatoria de Salud Subsidiado.

**SAC:** Sociedad de Agricultores de Colombia.

**SCISP:** Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

**SISBEN:** Sistema de Identificación de Beneficiarios.

**SIIS:** Sistema Integrado de Información en Salud.

**SNS:** Sistema Nacional de Salud.

**SPT- 2000:** Salud Para Todos en el Año 2000.

**UPC:** Unidad de Pago por Capacitación.

**UPCS:** Unidad de Pago por Capacitación Subsidiada.

**UTC:** Unidad de Trabajadores de Colombia.

## INTRODUCCIÓN.

Este trabajo de Tesis de Grado, que se presenta a continuación es parte de un esfuerzo por fortalecer y reevaluar los vínculos entre la generación del conocimiento y su utilización en la toma de decisiones en materia de salud pública y reformas del sector de la salud en Colombia.

El objetivo del presente trabajo de investigación es proponer una reforma del sector salud dirigida a la población. Para conseguir el objetivo propuesto primero hay que entender cual ha sido el desarrollo histórico del tema de la acción del Estado frente a la salud de los colombianos. De forma puntual con relación a la normatividad que en materia de Seguridad Social se creó con posterioridad a la Constitución de 1991.

La metodología seguida para la elaboración de este trabajo de Tesis de Grado ha incluido revisión bibliográfica de: a) las obligaciones de los Estados con relación al Derecho a la Salud y con relación a los Derechos Humanos y Sociales (que algunos escritores denominan Derechos Humanos Sociales) específicamente en las reformas realizadas en los Sistemas de Salud; b) los documentos de las Naciones Unidas en el campo de la salud y los Derechos Sociales; c) los marcos de análisis desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (de ahora en adelante OPS) para una mayor comprensión de las reformas sanitarias; d) Recomendaciones del cuerpo Directivo de la OMS y OPS; e) una selección de investigaciones y documentos analíticos sobre el efecto de las reformas sectoriales en la salud; y f) la Ley 100 de 1993; f) reformas de la Ley 100 de 1993.

El documento está dirigido a quienes toman las decisiones en el campo de la salud, a los y a las profesionales, investigadores, y activistas del Estado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad en general. Para las personas que estén trabajando en las reformas de la salud, esta Tesis de Grado ayuda a comprender como se formó el Sistema de Seguridad Social en Colombia, su evolución, sus efectos, y la incidencia de fenómenos políticos, económicos que han ayudado a el reformismo del mismo; contribuye a entender los procesos sistemáticos de reforma del sector de la salud. Para la comunidad, esta Tesis de Grado otorga un conjunto de herramientas conceptuales centradas en los compromisos que en materia de Derechos Humanos Sociales tiene el Estado. Se pretende así elevar el nivel de debate sobre la importancia de hacer una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones, donde lo que prevalezca sea la salud pública y los derechos humanos sociales.

Es preciso señalar algunas limitaciones de partida, tanto políticas como metodológicas para desarrollar este estudio:

a) Los estudios con evidencia empírica acerca del impacto de reformas de la salud sobre la salud son muy escasos. Una dificultad adicional es dada por las características diferentes de las reformas aplicadas en el sector de la salud, por lo que los resultados documentales son difícilmente comparables y en ocasiones contradictorios. Los efectos de las reformas dependen del contexto en que se aplican y de la capacidad rectora y reguladora del Ministerio encargado de la Salud en el País, como por ejemplo como sucede con la revisión de los procesos de descentralización. Así mismo, por citar otro ejemplo, la utilización de la priorización de necesidades en salud, ha llevado en algunos países a la elaboración de paquetes de servicios, que han restringido las prestaciones de salud como es el caso de Colombia.

b) La dinámica nacional en este nuevo siglo requiere ser ubicada como parte de un proceso global. Dos son los procesos que han impactado con fuerza en el mundo y en América Latina: el proceso de globalización y el ajuste estructural que impuso el modelo neoliberal. Los procesos de ajuste han aumentado en forma dramática la exclusión y pobreza en todo el mundo, especialmente en países de medianos y bajos ingresos, como el nuestro. La globalización ha transformado los horizontes referenciales de las ciudadanías. Ha producido reducción y fragmentación del Estado, el traspaso de sus obligaciones al ámbito privado, y una creciente falta de autonomía para decisiones políticas y, especialmente, económicas. También ha alimentado formas nuevas de organización de los movimientos sociales, cuyas formas de existencia y de articulación han variado. Las reformas de la salud se ubican en este contexto, y su estudio no puede hacerse aislado del conjunto de políticas públicas.

La relación entre el efecto de procesos de reforma desarrollados en este contexto global y los vacíos en el ámbito de la investigación hacen evidente la necesidad de una agenda cuyos estudios permitan delimitar en profundidad la forma en que se organiza y el impacto que produce cada reforma sanitaria (tanto desde el punto de vista de las intervenciones realizadas como de las no desarrolladas) a fin de clasificar las relaciones de los distintos tipos de reformas.

La presente Tesis de Grado está organizada en cinco capítulos. En el primer capítulo, se hace un recuento histórico de la salud en Colombia, en el segundo tratamos los antecedentes de la Reforma de 1993, y acontecimientos que antecedieron y sucedieron con la promulgación de la Constitución de 1991. En el tercer Capítulo, desarrollamos la situación actual del SGSSS, el seguimiento de la reforma de la salud establecida con la Ley 100 de 1993. En el cuarto Capítulo, hacemos referencia a los

aspectos importantes de la salud en Colombia, retomando los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud y la formulación de las políticas públicas de salud en Colombia. En el quinto Capítulo, trabajamos nuestra propuesta, proponiendo una reforma dirigida hacia la población colombiana, reconociendo aspectos importantes como el desarrollo de la participación ciudadana y la centralización del sistema de salud, y el mejoramiento en la calidad del servicio; realizamos con apoyo bibliográfico el seguimiento de la reforma y sus aspectos positivos y negativos. Se describen los principales desafíos a los que esta se enfrenta y que son frecuentemente argumentados como argumento para iniciar con otras reformas, sus principales componentes, y su evolución en las últimas décadas.

## JUSTIFICACIÓN

En Colombia con el surgimiento de la Ley 100 de 1993 se produjeron varios cambios en la estructura administrativa y la de la prestación de los servicios de salud. Estos cambios están presentados por el actual sistema de seguridad social en salud. El cual se basa en los principios constitucionales de universalidad, eficiencia y solidaridad y en el de equidad. Este documento busca mostrar las carencias actuales que genera malestar dentro de la población colombiana y que le impiden acceder a la aplicación efectiva de dichos principios constitucionales y legales, sin desconocer obviamente los avances logrados por el actual modelo.

Transcurridos trece años de la vigencia de la Ley 100 de 1993 se ha comprobado la incapacidad del sistema de salud para atender en forma adecuada las necesidades de la población; en realidad el sistema vigente es inequitativo con graves deficiencias entre la suficiente disponibilidad de los recursos para las clases de altos ingresos y las fuertes limitaciones existentes en la red de los servicios públicos. La baja calidad de los servicios ofrecidos. La escasa cobertura de los mismos, la precariedad en el suministro de atenciones y la ineficiencia en la utilización de los recursos existentes, en especial en el sector oficial, generando la necesidad de cambiar el sistema por uno que verdaderamente brinde un aseguramiento contra las contingencias propias de las enfermedades.

A la luz de estas circunstancias, aún para los críticos de la Ley 100, y para nosotras la situación que hoy vive la población colombiana desde la expedición de dicha ley, permite que se adelante cuanto antes una reforma. No se trata de reforma por reformar, si no de partir de las deficiencias y carencias del actual sistema y atender los lineamientos de las instituciones mundiales de la salud, y las necesidades actuales de la población para generar una verdadera reforma.

La reforma que proponemos esta dirigida a mejorar la salud de la población colombiana donde lo que realmente le importe al sistema sea el usuario, para así dejar a tras los sesgos dejados por la Ley 100 de 1993

## **1. HISTORIA DE LA SALUD EN COLOMBIA**

### **1.1. DE LOS SUCESOS LEGISLATIVOS MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.**

En este acápite trataremos la génesis de las instituciones internacionales de salud dentro de Colombia, y la importancia que de ellas se deriva, debido a que sus pronunciamientos han impregnado las decisiones que en materia de salud se refiere.

Como fruto de la acción combinada de las dinámicas socioeconómicas y políticas originadas por el sistema capitalista, la búsqueda de formas internacionales de organización y regulación se hizo evidente la necesidad de que los Estados interactuaran, fortaleciendo sus propias estructuras y reorganizando un ordenamiento globalizador. La OPS, como organización continental, fue fruto de dichos procesos en los que los Estados se configuraron en amplias redes de interdependencia e intercambio. La organización, en su momento Oficina Sanitaria Internacional y posteriormente Oficina Sanitaria Panamericana canalizó la ampliación del intercambio en el continente americano bajo principios modernizantes e higienistas.

La OPS constituyó el mecanismo afortunado mediante el cual la salud adquirió un reconocimiento totalmente nuevo en el nivel continental, a la par que se le reconocía la categoría de un punto estratégico para fortalecer dentro de la región del continente. En esta situación, la acción de la OPS, alimentada por un desarrollo científico técnico progresivo y por las crecientes demandas de salud, rebasó los límites impuestos por intereses unilaterales y se enfrentó a las complejidades de un escenario socioeconómico y político multifacético en el orden mundial posterior a la segunda guerra mundial.

En la época de la posguerra, se posibilitó un cierto consenso desde los años 60 dentro de la organización, que no sólo asesoraba a los países miembros, sino que también representaba los pactos que entre estos surgía. Lo anterior permitió el despliegue de acciones coherentes y múltiples que hicieron de la OPS un símbolo de la acción cooperativa internacional y una herramienta para la planificación de la salud dentro de la región.

La relación entre el Estado Colombiano y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), puede decirse que se inició en el decenio de 1950, ya que

en esa época era evidente de varios funcionarios permanentes en el país, y la cantidad y calidad de los proyectos de cooperación en higiene y salud. Con anterioridad a esta fecha, las relaciones entre ambas instituciones se limitaban a la expedición de leyes sobre policía sanitaria e infraestructura de sanidad portuaria, tomando como base los acuerdos derivados de las reuniones sanitarias de los países americanos entre otros.

Para el análisis de estas primeras interacciones se requiere de una breve exploración de las relaciones internacionales referidas a los problemas de salud de finales del siglo XIX y comienzos del XX. A finales del siglo XIX no existía claridad a cerca de las causas ni modo de transmisión y tratamiento de las enfermedades contagiosas como el cólera, la peste o la fiebre amarilla, surgió la necesidad de establecer algunos mecanismos que protegieran las fronteras nacionales, contra dichas enfermedades, lo cual condujo a la celebración de Conferencias Sanitarias Internacionales promovidas principalmente por países Europeos como las de París en 1851 y 1859, en Constantinopla en 1866, Viena 1874, Roma 1885, Venecia 1892 y Dresden 1893 entre otras. Pero no sería sino a comienzos del siglo XX que se hiciera posible la creación de organizaciones internacionales con cierta estabilidad, para prevenir el contagio y la expansión de dichas enfermedades, como también para regular y promover la higiene y la sanidad en el plano internacional.

En 1902 se creó la Oficina Sanitaria Internacional (OSI)<sup>1</sup>, llamada a partir de 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), desde 1947 Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y desde 1958, Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de promover la salud y el bienestar entre los estados. Al crearse la OSI se convocaban a un buen número de los países de este continente a reuniones periódicas especializadas en el tema sanitario con el fin de asegurar la cooperación entre estos para mantener activo el comercio, con un mínimo de riesgo sobre la difusión de enfermedades. Desde sus inicios, dichas reuniones mantuvieron una estrecha relación con las Conferencias Internacionales de los Estados Americanos.

En dichas convenciones internacionales se establecieron varios puntos relacionados con las problemáticas de salubridad de ese entonces, entre estas vale la pena resaltar las siguientes: II Convención Sanitaria Internacional realizada en Washington en 1905 y la III, en México en 1907 las cuales establecieron las relaciones entre la OSI y la Organización Internacional de Higiene Pública (OIHP), con sede en París<sup>2</sup>. Las demás

---

<sup>1</sup> Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos que se celebró en México del 22 Octubre de 1901 al 22 de Enero de 1902.

<sup>2</sup> L Office International d' Higiene Publique se estableció a partir del acuerdo de Roma de 1907 y se encargaba de coordinar las actividades y las convenciones o acuerdos que salían de las Conferencias Sanitarias Internacionales, relacionadas con las tres enfermedades que preocupaban en ese momento, cólera, peste y fiebre amarilla.

convenciones plantearon recomendaciones acerca del tratamiento y de las medidas de prevención de aquellas enfermedades que en ese momento alteraban el orden mundial, entre otras. Desde 1888 en Colombia a través de varios higienistas se propuso la adecuación de las legislaciones nacionales a las convenciones sanitarias internacionales, lo que se concretó hasta finales de la primera década del siglo XX. La incorporación de las convenciones sanitarias en las decisiones del Estado Colombiano y las acciones realizadas en el campo de la higiene pública en el país, fueron el resultado de la articulación entre la dinámica política y la economía internacional liderada por los Estados Unidos, y las necesidades del desarrollo socioeconómico interno, frente a las cuales los agentes dirigentes nacionales tenían propuestas acciones tendientes a la realización de sus intereses particulares.

Por el afán de conseguir el desarrollo económico interno, los gobiernos de las primeras décadas del siglo XX en Colombia encontraron en los Estados Unidos los recursos financieros que necesitaba para promover sus proyectos modernizadores en el país. Este proceso modernizador (que también debe entenderse como la creación de condiciones para el desarrollo de un capitalismo dependiente) consistió en la intervención del estado en las relaciones económicas y sociales, bajo una concepción liberal del desarrollo, favoreciendo la consolidación del capital entendido como motor de la economía. En 1904 y 1909 fue el llamado “quinquenio de Reyes” en Colombia, quien desarrolló una política administrativa y económica que buscaba sacar a Colombia del estado devastador en que se encontraba, ya que acababa de atravesar por un conflicto armado interno entre liberales y conservadores, conocido en la historia como la guerra de los Mil días (1899- 1902), y además instauró el congreso nacional y convocó a una asamblea constituyente para quebrar el poder de las oligarquías regionales mediante una reforma política administrativa que llevaba aun más adelantada la centralización impartida por la Constitución de 1886, con la visión de fortalecer al Estado nacional. Reyes impulsó la intervención estatal en la economía, con el fin de conseguir una nueva imagen internacional, de una economía independiente con mercados externos, capitales extranjeros y filiales de empresas transnacionales que explotaban el petróleo, el banano y otros recursos naturales. Dentro de esa Asamblea Nacional Constituyente Reyes se ocupó también de asuntos relacionados con la salud, entre ellos, la aplicación de las resoluciones emanadas de las convenciones y organizaciones sanitarias continentales. Para este fin se presentó en el gobierno de Reyes un proyecto de ley a la citada Asamblea Nacional constituyente con un artículo único por el cual se aprobaba lo acordado en la convención sanitaria de Washington de 1905. El objetivo consistía que las autoridades nacionales encargadas de velar por la policía sanitaria se atuvieran a lo estipulado por dicha convención como una ley. De tal forma que la convención sanitaria de Washington vendría a ser el primer proyecto sobre sanidad que se proponía en este país, dado que los acuerdos de la Junta Central de Higiene (JCH) no tenían fuerza de ley. Su aprobación significaba, la incorporación del país al movimiento civilizatorio iniciado por las naciones europeas. La iniciativa del gobierno fue bien

recibida por la asamblea constituyente, sin embargo, la comisión evaluadora del proyecto de ley opinaba que, la convención sanitaria de Washington prevenía contra el peligro de epidemias procedentes del exterior faltaba poner al país en condiciones de higiene, para evitar la propagación de enfermedades que llegara a l territorio nacional, dándole así importancia a los intereses nacionales y a la salud pública; así, entonces la comisión decidió añadir otros artículos creando, los cuerpos de policía sanitaria marítima y terrestre, constituidos por personal de JCH, de las Juntas Departamentales de Higiene (JDH), los inspectores de sanidad, los médicos de sanidad y las estaciones sanitarias. Es así como se aprobó la ley 17 del 21 de Agosto de 1908.

En materia de salud y de relaciones internacionales, y mas aún tratándose del asunto de la cooperación, es necesario destacar la presencia de la Fundación Rockefeller (FR) en Colombia. Este poderoso grupo se creó en 1909 con una comisión sanitaria que en 1913 paso a llamarse Junta Internacional de Sanidad. Desde entonces la FR inició una estrecha colaboración con la OSI. En 1916 se hizo efectiva la primera intervención de la FR con la visita de una comisión de investigadores financiada por la fundación para el estudio de un posible brote de fiebre amarilla el cual tendría repercusiones en materia comercial.

Como puede apreciarse la cooperación de los organismo internacionales relacionados con el tema de la salud y el Estado Colombiano, durante los dos primeros decenios del siglo XX se concentro, por parte del estado Colombiano, en establecer instrumentos para crear y desarrollar un sistema de sanidad portuaria, en relación con las enfermedades especialmente, cólera, peste y fiebre amarilla, apocándose en las directrices emanadas de las convenciones y conferencias sanitarias continentales.

A lo largo de los años 30 el vinculo entre la OPS y el Estado Colombiano siguió centrado en el control de las enfermedades anteriormente citadas en la sanidad portuaria, en ese momento mas claramente reglamentado después de haber sido aprobado y ratificado en el Código Sanitario Panamericano 1924, el cual fue aprobado bajo la presidencia del liberal Enrique Olaya Herrera (1930- 1934) por medio de la ley 51 de 1931, a pesar de los temas que se iban incluyendo en las sucesivas conferencias sanitarias internacionales como por ejemplo enfrentamiento a la enfermedades venéreas, vigilancia de alimentos y las disminución de la muerte infantil. Es decir que se hacia mas incisivo en una mayor intervención del estado en la higiene en el campo de la atención curativa, de ahí que en esta década comience hablarse de integración de medidas preventivas y curativas.

Uno de los primeros proyectos en que Enrique Olaya Herrera presentó proponía separar lo relativo a la higiene, la asistencia y la protección de la

infancia del Ministerio de Educación, del cual dependían en ese entonces la Dirección Nacional de Higiene. El proyecto se convirtió en la Ley 1ª de 1931 la cual separó la dirección general de higiene y asistencia pública del ministerio de educación, creándose entonces el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, independiente de los demás departamentos administrativos.

Como consecuencia de los nuevos lineamientos de la OSP en el país se entro en el debate, y a veces en tensión, sobre la higiene, la atención medica para los pobres (que se movía entre la beneficencia y la asistencia pública) la atención privada suministrada por los médicos y, mas tarde, lo relativo a la previsión y la seguridad social que interactuaron, apareciendo y desapareciendo según el momento y las circunstancias; las relaciones entre los campos de la higiene y de la beneficencia venia en aumento desde los años 20, apareciendo en los 30 mas evidente, dentro de una transformación estatal liderada por un régimen político liberal que condujo a la ampliación de la asistencia pública. Aunque ya desde 1925 se había intentado fusionar en un solo órgano estatal la higiene y la asistencia pública, pues la beneficencia era reacia al control estatal por parte de una instancia central, dado que se encontraba muy marcada la ingerencia sobre esta de poderes locales y de la iglesia.

De los numerosos debates que se suscitaron salió a la luz la convicción de requerir y se podía crear un ministerio de higiene y asistencia pública, tal como lo habían recomendado los estados miembros en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana de Lima de 1927. Pero las dificultades fiscales generadas por la crisis del 30 aplazaron dicha decisión.

La higiene trabajaba en la articulación de la atención y prevención de aquellas enfermedades de mayor impacto social, con una escasa expansión hacia los servicios curativos, en cambio la beneficencia, basada en la caridad cristiana y los poderes regionales, estaba consolidada para pasar a la asistencia pública, que era la alternativa de la intervención creciente del estado en esta materia, en ese entonces los médicos aún sostenían el ejercicio privado de la profesión, a demás por el conflicto entre capital y trabajo no se había superado el dilema entre ahorro individual y seguro social para organizar la salud de los trabajadores en Colombia.

Finalmente con la Ley 96 del 6 de Agosto de 1938 se creó el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social, con esta creación comenzaba a concretarse la aspiración de los higienistas colombianos de configurar una instancia técnica de integración de los servicios preventivos y curativos apoyados en las recomendaciones de las conferencias sanitarias panamericanas. El Decreto 2392 de ese mismo año, por el cual se organizó dicho ministerio estableció en su interior los siguientes departamentos: negocios generales, administrativo, nacional del trabajo, cooperativas y

previsión social, servicios coordinados de higiene, lucha antileprosa, protección infantil y materna, asistencia social e ingeniería sanitaria.

En ese entonces existía una problemática en la distribución de los fondos en los departamentos y municipios, es decir que la autonomía que la constitución nacional concedía a los departamentos y municipios para el manejo de sus propios fondos, era un obstáculo, pues en muchas ocasiones los dineros apropiados eran destinados para satisfacer intereses políticos y personales antes que para atender las necesidades de higiene. Así mismo, existían organismos autónomos por estar sostenidos con fondos municipales no se sometían a las normas de las autoridades nacionales. Para corregir esto la sección de sanidad y el departamento de servicios coordinados se esforzaron por celebrar contratos con entidades que realizaban campañas sanitarias para establecer servicios en forma cooperativa y dependientes, técnica y administrativamente del ministerio, e ir así eliminando poco a poco las organizaciones autónomas. Lo anteriormente expuesto originó la expedición del Decreto Ejecutivo 565 de 1938 que obligaba, a los directores de todos los servicios de higiene y asistencia social del país a comunicar al ministerio los nombramientos de personal y a fijar mensualmente los trabajos que ejecutarían, así como las sanciones en caso de incumplimiento. Pero este decreto los contratos celebrados con los municipios y departamentos eran solo medidas de emergencia que no le daban a la higiene y asistencia social la organización que las necesidades del país reclamaban.

Entre varias disposiciones sugeridas para este efecto estaba la de obligar a los patronos con más de cinco empleados a prestar servicio de asistencia médica, la obligación hasta ese entonces solo la tenían por medio de la Ley 1ª de 1937 los propietarios de banano del Magdalena. La idea era que quien trabajara al servicio de una empresa no era un pobre de solemnidad, a quien el estado le debía la prestación de los servicios de salud gratuitos, si no más bien un elemento productivo de riqueza cuya salud debía estar protegido por el patrono. En este caso la función del estado debía ser solo la de garantizar los derechos de asistencia médica lo que en otras palabras traducen a un seguro de enfermedad. También se sugería que se obligara a los presupuestos nacionales, departamentales y municipales una apropiación de mínimo el 10% para gastos de higiene y asistencia social.

La ampliación del campo de acción de la higiene implicó también nuevos ámbitos de cooperación internacional, que se expresaron en más recursos e instituciones más complejas. Por su parte, el contexto de la Segunda Guerra Mundial exigió el alinderamiento político de los Estados que afectó de manera decisiva la cooperación en salud, hasta sentar estructuras más estables y multilaterales. En Colombia, estas estructuras tienen ciertas particularidades que serán examinadas a continuación.

Con el gobierno el señor López Pumarejo se propiciaron una serie de reformas que abrieron el espacio para el reconocimiento y la incorporación de grupos subalternos como por ejemplo trabajadores urbanos y rurales, profesionales de las clases medias y bajas entre otros, que tenían una fuerte presencia real, pero a los cuales los anteriores gobiernos habían mantenido marginados y reprimidos. Las medidas para desvirtuar la dinámica que se venía manejando dentro de la sociedad colombiana fueron numerosas, puede destacarse la reforma constitucional de 1936, al establecer que la protección al trabajo y la asistencia pública eran responsabilidades del Estado, que la propiedad, a demás de ser un derecho tiene una función social y, por tanto, podría intervenir o expropiarse. Así mismo se reafirmo el papel intervencionista del Estado con respecto al manejo económico y se replantearon las relaciones entre éste y la iglesia.

El animo reformista de López genero la nueva creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y la realización de la X conferencia en Bogotá en la cual asistieron 19 países y se aprobaron 39 resoluciones y recomendaciones que iban desde las reformas introducidas a la OSP hasta los votos de elogio a Colombia por el éxito de la reunión.

En los años 50 durante el gobierno de los conservadores, Mariano Ospina Pérez (1946- 1950) y Laureano Gómez, se consolido una elite empresarial en Colombia, con la Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) y la fortalecida Federación Nacional de Cafeteros (FEDECAFE). En esta etapa, en lo relativo a la cooperación internacional en materia de higiene y salud, siguió existiendo la situación que se presentaba en las etapas anteriores en la medida en que se mantenía la relación entre los socios externos (OSP, FR y Servicio de Salud Pública de Estados Unidos), pero apareció un nuevo actor más definido y más ligado a la política concreta de ese momento desarrollada por el Estado norteamericano para la América Latina, y concretamente para Colombia, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (**SCISP**). En esta época Colombia vivía una crítica situación de violencia y se gestaba un golpe militar que nos separaría por cuatro años de la democracia formal. Los cambios efectuados en infraestructura del estado, así como la creación de instrumentos legales e institucionales para el desarrollo económico habrían de permitir paradójicamente un flujo más sostenido de la cooperación internacional en todos los campos, incluyendo el de la higiene y la salud.

Como consecuencia de todos los sucesos históricos, la expansión de los estados nacionales que se inició con la crisis del capitalismo mundial de las primeras décadas del siglo XX que se manifestó con la crisis económica de los años 1929 a 1933, la primera guerra mundial, la declaración universal de los derechos humanos proclamada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en diciembre de 1948, la Declaración Americana de los Derechos Y Deberes del Hombre, la creación de la OMS como organización sanitaria

ligada a las Naciones Unidas, a demás de la reorganización y redefinición de la OSP como OSPA a partir de 1947 aclararían formas y mecanismo entre sus miembros. Lo anterior contribuiría a que los países socialistas tuvieran presencia en la escena internacional.

En el marco de la Guerra Fría entre capitalismo y socialismo real, la idea de "planificar" el desarrollo económico se convirtió en un imperativo para todos los países. El asunto de cómo superar la brecha entre países ricos y pobres hacía parte del reto para los dos sistemas en confrontación. El binomio desarrollo/subdesarrollo se convirtió en el eje del debate, dentro del cual las ideas keynesianas que propugnaban la intervención estatal en las economías, el fortalecimiento del mercado interno y el aumento de la demanda por la inversión estatal en infraestructura y en protección social, se veían como alternativa para los países latinoamericanos. De allí que las propuestas de solución pasaran por la "programación" de la intervención estatal, la industrialización deliberada y la integración económica regional, frentes de trabajo que fueron adoptados por la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL) en el decenio de los sesenta.

Por otra parte, en la OEA, se había conformado una comisión especial denominada "Grupo de los 21", en la que la OPS tuvo una participación importante. La segunda reunión de esta Comisión se llevó a cabo en Buenos Aires, en abril de 1959 y, gracias a la injerencia de la OPS, la Resolución VII de esta reunión estableció: "Recomendar a los Gobiernos que, al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan los programas de salud pública, que son esenciales y complementarios de los económicos". Además recomendaron a los Gobiernos la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de los programas antes mencionados.

La tercera reunión del Grupo de los 21 se realizó en Bogotá en Septiembre de 1960 y se declaró en el Acta de Bogotá "la interrelación de los intereses de la Repúblicas Americanas y la mutua dependencia de los problemas económicos y sociales". En el marco de esta reunión se plantearon varias problemáticas y dentro de los problemas sociales se priorizó la salud, estipulando como requisito esencial sobre la planificación del desarrollo económico y social, el mejoramiento de las condiciones de salud. Para lograr el objetivo proclamado, se introdujeron criterios que deberían indicar las relaciones entre gobierno, sociedad, economía y salud: **primero** se reconoció que la salud era una inversión y no un gasto, **segundo**, la utilización de la planificación como instrumento para la toma de dediciones en relación con la asignación y uso de recursos. Y **tercero** la integración de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de dichas actividades. Estos lineamientos marcarían la cooperación en salud durante más tiempo en Colombia.

La sociedad colombiana venía construyendo diferentes formas de atención a los problemas de la salud. Hacia la década de los sesentas, había cinco formas distintas de atención: 1. Los servicios para los ricos o “pudientes” ofrecidos por el ejercicio privado de la profesión médica en consultorios y clínicas, a veces apoyado por un seguro privado; 2. Los múltiples tipos de seguro obligatorio que atendían a los trabajadores formales o asalariados de los sectores privado y público; 3. La atención de los pobres, mediante dos estrategias basadas en la caridad, ya fuera pública bajo el nombre de “asistencia pública”, o privada bajo el nombre de “beneficencia”; 4. Los mecanismos de atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo, denominados de “salud pública” y claramente a cargo del Estado; 5. Todas las prácticas médicas populares no científicas, producto del sincretismo cultural acumulado. Así los servicios de salud constituían una organización social fragmentada con base en la dinámica del mercado o en la capacidad de pago de las personas, con ingerencia limitada del Estado. Quien tenía los medios pagaba, quien no los tenía, no podía. En todo caso predominaba el mercado a pesar de los intentos de articulación desde el Estado desde la década del treinta, como ya se ha explicado anteriormente.

Durante los años sesentas el país entró en la ruta de la planificación para el desarrollo socioeconómico desde el Estado, en el marco de los pactos internacionales establecidos. La salud fue asumida como una inversión pública y el sistema de salud debía estar articulado por el Estado, tal propósito fue influenciado y transformado por el pacto político que instauró el Frente Nacional en 1957 entre los dos partidos tradicionales, liberal y conservador para dar salida a un periodo de violencia iniciado en 1948. Dicho pacto recompuso el modelo bipartidista predominante en el sistema político nacional y al mismo tiempo, el desarrollo de dicho pacto condujo al fortalecimiento del Estado excluyente, clientelista y patrimonialista que tanto nos pesa hoy.

El primer gobierno del Frente Nacional fue el del señor Alberto Lleras Camargo (1958- 1962), quien con su amplia experiencia internacional adquirida como embajador de los Estados Unidos, delegado a conferencias internacionales, director de la unión panamericana y secretario de la OEA, incrementó la cooperación internacional en especial en el plano de la salud, presentando políticas de salud y desarrollo a través del proyecto de la garantía del derecho a la asistencia médica por la vía de la integración o de la coordinación de los servicios.

El gobierno de Alberto Lleras Camargo, presentó el Plan cuatrienal de inversiones públicas nacionales, 1961-1964, primer plan de desarrollo elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación y Servicios

Técnicos<sup>3</sup> del Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. Este documento ponía en evidencia que la idea de planificar las acciones del Estado se venía impulsando en Colombia y ya ofrecía algunas realizaciones. De hecho, la reforma constitucional de 1945 había sentado las bases para una mayor intervención del Estado en la economía y desde el gobierno de Laureano Gómez se había establecido el Comité de Desarrollo Económico y la Oficina de Planeación adscrita a la Presidencia de la República, en 1951. La orientación del Plan de gobierno de Lleras Camargo era favorecer el desarrollo con recursos públicos para estimular también la inversión privada. Al respecto, en el documento se afirmaba que "la prosperidad y el ritmo de avance del sector privado dependen, en gran parte, de que las inversiones públicas se realicen en la magnitud adecuada y precisamente en aquellos renglones que más la requieran".

En salud había desarrollos muy concretos, pero también, serias dificultades. El Plan Cuatrienal informaba un aumento de la inversión en construcción y dotación de hospitales. En este marco institucional, se decidió formular el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública -1962 a 1971- en desarrollo de la Alianza para el Progreso. El Plan Decenal tenía como propósito mejorar la "*salud colectiva y el bienestar social de los individuos, de las familias y de la comunidad*", actuando, mediante actividades de prevención y curación realizadas por centros de salud, contra los factores determinantes y evitables de enfermedad y mortalidad. Cada centro de salud realizaría actividades de fomento, protección y reparación de la salud, mediante programas de higiene materno-infantil, saneamiento ambiental, epidemiología y control de enfermedades transmisibles, nutrición, odontología y atención médica. De esta forma, los centros de salud concretaban la integración de la prevención y la curación en el nivel local, y se esperaba que coordinaran la atención médica con otros organismos asistenciales como hospitales, orfanatos, ancianatos y otros. También en las regiones había iniciativas de coordinación de los servicios públicos y privados de salud.

En 1962, el Ministro de Salud Pública, presentó un proyecto de ley que ordenaba la articulación de recursos públicos y privados para la formulación de un Plan Nacional Hospitalario que cubriera el déficit de las 20.000 camas hospitalarias. En el proyecto, convertido en **Ley 12 de 1963**, se encargó a una comisión interparlamentaria la elaboración del Plan, con la participación de todos los sectores interesados: las direcciones o secretarías de salud pública y asistencia social, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Hospitales, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), las Cajas de Previsión Social, las Juntas Departamentales de Beneficencia y otras entidades similares.

---

<sup>3</sup> Antecedente del Departamento Nacional de Planeación.

La economía mostraba serios problemas de crecimiento y la opción por la devaluación del peso alborotó a los trabajadores y a los estudiantes, mientras comenzaban las primeras expresiones de oposición armada con las llamadas Fuerzas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN). En el marco legal del Estado de Sitio, el Ministro de Salud Pública de ese entonces, formuló el **Decreto Legislativo N° 3196** de **1965**, "por el cual se ordena la integración de los servicios de salud y asistencia pública del país y se dictan otras disposiciones". La estrategia de integración consistía en la elaboración de contratos entre el Estado y las beneficencias o las secretarías departamentales para la organización de "Servicios Seccionales de Salud".

Parecía una buena salida, pero el decreto no fue de buen recibo. A juicio de los opositores, la medida era centralista porque le daba potestades administrativas al Ministerio de Salud Pública (MSP) en el manejo de los recursos regionales y locales que no le correspondían, atentaba contra la autonomía administrativa y financiera con que se venían manejando las instituciones de Beneficencia, y desorganizaba la atención asistencial. El movimiento opositor logró que el **Decreto Legislativo N° 3196** de **1965** fuera declarado inexecutable por la Corte Suprema de Justicia. Pero el gobierno, mediante el **Decreto N° 1499** de **1966**, mantuvo algunos aspectos centrales del proceso de integración, particularmente la política de contratación de servicios que se venía practicando en los departamentos entre las secretarías de salud, las beneficencias y los hospitales.

Los actores sociopolíticos del campo de la salud también entraron en la tendencia patrimonialista. En el momento que la **Ley 12 de 1963** ordeno desarrollar un sistema único de algún tipo, sobre la base de la ampliación de la asistencia pública, cada cual salió a defender sus fueros; los trabajadores sindicalizados y los empleados públicos defendieron los servicios de salud por los cuales estaban cotizando, los grandes empresarios desconfiaban de la administración pública de sus aportes, a pesar del modelo proteccionista que el Frente Nacional ofrecía; las juntas de beneficencia y la Iglesia habían acumulado poder en algunas regiones a partir de las instituciones de caridad, y no estaban dispuestas a entregar sus bienes y servicios al poder central, pero al mismo tiempo querían el auxilio del Estado. Los médicos se dividieron entre los que defendían su vinculación con las instituciones de seguro social y de asistencia pública y los que promovían el ejercicio privado de la profesión.

Al otro lado de la moneda, estaban los habitantes más pobres o de escasos recursos, tanto del campo como de las crecientes ciudades, que simplemente pedían hospitales y médicos que resolvieran sus problemas, y siempre al lado de este cuadro, muy típico de nuestra sociedad estaba un político, liberal o conservador, que prometía este servicio. Así las cosas, la articulación del sistema debió sufrir varios embates a pesar de la formación de los salubristas planificadores que desarrollaban y ocuparon los cargos

técnicos del Ministerio de Salud Pública. La salud pública se comenzaba a entender como un sector del Estado encargado de la salud de toda la población. Cuando este grupo de tecnócratas llevó al Congreso de la República la propuesta de conformación de un servicio único de salud en 1972, el proyecto se tachó de comunista. Se asimiló al modelo defendido y desarrollado por el presidente chileno Salvador Allende. El sistema político colombiano, rechazó el proyecto en el Congreso.

Durante la década de los setentas, los salubristas se apoyaron entonces en la **“Teoría General de Sistemas”** para hacer convivir todas las viejas formas de prestación de servicios en un Sistema Nacional de salud. Mediante facultades especiales del ejecutivo, el cuerpo técnico del Ministerio diseñó el Sistema durante los años setentas, con la idea de articular “funcionalmente” tres subsectores en todo independientes: el oficial, el de seguridad social y el privado. El gran cerebro sería un Ministerio técnico y los aparatos conectores serían los subsistemas funcionales de información, infraestructura, recursos humanos, entre otros.

Pero el intento resultó fallido. La beneficencia perdió espacio, una vez se realizaron los contratos con el Estado para recibir recursos y ampliar la red destinada a la asistencia pública; pero la caridad siguió primando en este esquema, ya que muchos contratos fueron demandados con éxito debido a su inconstitucionalidad, y a la falta de claridad al momento de determinar la persona jurídica de cada centro u hospital.

Con todo, el debate de mediados de los años sesenta no pasaba por la idea de la asistencia médica como un derecho de todos los ciudadanos. El marco constitucional colombiano no hablaba de derechos de manera explícita. Desde la reforma constitucional de 1936 había quedado una responsabilidad del Estado por los pobres, con base en el concepto de “asistencia pública”. Pero en el nuevo contexto internacional de ampliación de derechos, el gobierno colombiano de esa época expidió un decreto que retomaba el concepto de asistencia pública para incorporar la idea del bienestar, en los siguientes términos: *“La asistencia pública, como función del Estado, consiste en la ayuda que éste debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, estén incapacitadas para trabajar”*. En estas condiciones, en el plano legal colombiano continuaba la idea de una obligación estatal por los pobres que, en otros términos, debería cubrir sólo a los indigentes y menos favorecidos. Pero la restricción nunca llegó a ser tan fuerte. Por el contrario, la existencia de una gran cantidad de población en condiciones de pobreza y la difusión a nivel internacional de la idea de que era necesaria la expansión de los servicios ofrecidos por los Estados, condujo al país a entrar en un proceso de ampliación de la red pública de servicios, lo que de alguna manera podía asimilarse a la puesta en práctica del derecho a la salud, aunque este

derecho, en términos generales, siempre ha sido parcial y limitado, conceptos que explicaremos más adelante de este trabajo de tesis.

A su vez el sector privado fue creciendo progresivamente a través de los esquemas de prepago, desarrollados por el sector financiero y siempre subvalorados a la hora de definir las coberturas del sistema en su conjunto. Así las cosas en la década de los ochentas la expresión "*Sistema Nacional de Salud*" se comenzó aplicar solo a esa red pública y no al conjunto de prestadores de servicios, entre tanto los demás subsectores siguieron su propio rumbo.

Puede decirse entonces que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud comprobó la fuerza sociopolítica de cada uno de los subsectores que habían crecido en el marco de la lógica del mercado, frente a un Estado Clientelista y patrimonialista, al que también convenía la permanencia de estas fracturas de la organización de los servicios de salud.

Durante el gobierno de Carlos Lleras Restrepo, del Frente Nacional se hicieron esfuerzos hacia la modernización del Estado, dotando de herramientas administrativas, políticas y financieras al mismo para intervenir más en la economía y dirigirla hacia el ámbito social. Desde este ideario y con base en la **Ley 65 de 1967**, que otorgaba facultades extraordinarias al presidente para reorganizar la administración pública, el presidente Lleras Restrepo, emitió el **Decreto N° 2470** del 25 de septiembre de **1968**, "por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública". Pero más que una reorganización institucional, el decreto enunciaba una forma general de organización del sector salud denominada *Sistema Nacional de Salud (SNS)*, definida como "*el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad*". Esta definición mostraba la decisión de adelantar una integración funcional que reconociera las autonomías institucionales en pugna.

La estructura del sistema, producto del rediseño del Sistema Nacional de Colombia, mencionó la existencia de tres subsectores: oficial, privado y de seguridad social. Las instituciones estarían articuladas por subsistemas que permitirían la coordinación o la integración funcional, en tal sentido en **Decreto ley 526 de 1975** establecía "las normas para los subsistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigación". Se observó especialmente la organización del sistema por niveles administrativos y de atención, y las figuras de "adscripción" y "vinculación" para todas las instituciones. De esta manera se definió una estructura de cuatro niveles administrativos, por medio de los **Decretos-Ley Números 056 y 350 de 1975**, nivel nacional, seccional, regional y local; a su vez entre niveles de atención atendiendo las indicaciones de la OPS. También se definieron dos regímenes o formas de pertenencia de las instituciones de salud al SNS: el régimen de adscripción, incluía a todas las

instituciones de derecho público, recibieran o no aportes del estado; y el régimen de vinculación, para la incorporación de las instituciones de carácter privado, con o sin ánimo de lucro. Todas las instituciones estarían adscritas o vinculadas al sistema, con alguna relación administrativa, y con dependencia normativa del Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo de todos los esfuerzos realizados para reestructurar el sistema de salud, existía todavía el debate entre la asistencia pública para pobres y la seguridad social para asalariados, y se convirtió dicho tema en un gran obstáculo para avanzar a la universalización del acceso a la atención médica en Colombia, pregonado por el naciente sistema. A estas alturas del debate, aún sobre el Estado de Bienestar las críticas provenían de los distintos agentes sociopolíticos del país, la OMS propuso dar prioridad a las poblaciones para desarrollar programas de “Asistencia Primaria” o de servicios básicos de salud. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun coste que la comunidad y el país pueda soportar. Esta atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema nacional de Salud, del que a propósito constituye su núcleo central, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

Durante los años 80 confluyeron varios procesos en los ámbitos internacionales y nacionales que tradujeron cambios profundos en la estructura del Estado y de la sociedad Colombiana en su conjunto. Una coyuntura crítica en la política de la salud en el país ocurrió entre 1986 y 1993, se iniciaron una serie de transformaciones que todavía no terminan y que se refiere a la reforma del Estado por la vía de la descentralización política, administrativa y fiscal. En el plano económico durante esta década el país atravesó una de las peores crisis, que condujeron a una fase de incertidumbre profunda, lo que terminó concluyendo que el Estado Colombiano debía adoptar medidas que implicaran ajustes en el campo fiscal y monetario, apoyando el propósito de disminuir el gasto público central. En el plano político se gestaba los grupos insurgentes, como el movimiento 19 de abril (M-19) y una tendencia hacia la conformación de grupos guerrilleros al margen de la ley entre otras, recrudesció el tema de la legitimidad del Estado Colombiano<sup>4</sup>.

Las decisiones para la descentralización municipal se iniciaron a comienzos del gobierno Betancur, con la Ley 14 de 1983, por medio del establecimiento de “topes máximos y mínimos” para la fijación de impuestos de industria, comercio, predios entre otros, por parte de los municipios. Posteriormente, la Ley 76 de 1985 abrió el camino para la planeación

---

<sup>4</sup> Munera, L. (1998) Rupturas Y Continuidades. Poder y Movimiento Popular en Colombia, 1968- 1998. Santa Fe de Bogotá: IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, CERC).

regional, con capacidad para definir y aprobar la asignación del gasto de inversión de los recursos de Fondo de Inversiones Para el desarrollo Regional. Como estrategia central de este gobierno, se pretendía modernizar las estructuras, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud con especial énfasis en el objeto de descentralizar la prestación de servicios de salud a nivel local, por medio de la incorporación de los municipios al SNS.

Sobre estas bases, desde el 86 el gobierno destinó una parte de los recursos a la realización de un proyecto para el sector de la salud, denominado "Consolidación del Sistema Nacional de Salud", este proyecto se organizó por una parte, por un grupo de consultores que elaboraron documentos que sirvieron de base a un proyecto de ley que el gobierno llevó al congreso, orientado hacia la descentralización y la integración funcional; por otra parte, se realizó un estudio sectorial de salud, con los aspectos centrales de la salud en Colombia. Estos estudios se convirtieron en la Ley 10 de Enero 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". El eje de esta ley era la descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado, de la Nación hacia los departamentos y, especialmente hacia los municipios. Pero el alcance de la descentralización solo llegó a influir a la red pública sin afectar a los subsectores de seguridad social y privado, dada la autonomía institucional, técnica y financiera de cada uno de ellos<sup>5</sup>. Sin embargo, la Ley 10 tomó en cuenta otros aspectos, como la enunciación de la atención en salud como un "Servicio Público" a cargo del Estado, nuevas fuentes de financiación de la asistencia pública y aspectos centrales de la carrera administrativa de los trabajadores de la salud.

El intento de reforma del sistema a finales de los 80, sólo terminó en una descentralización del manejo de la red pública de salud hacia los distintos municipios mediante la Ley 10 de 1990; con la ley anteriormente mencionada, se inició un proceso de transformación tendiente a fortalecer el sector de la salud desde sus entes territoriales, como se ha venido explicando. Este proceso ha sido complementado con la Ley 60 (que descentralizó las competencias recursos de la salud y la educación) y la Ley 100 de 1993 (Sistema general de Seguridad Social).

El Sistema Nacional de Salud lo único que hizo fue legalizar y por esa vía legitimar, la inequidad acumulada en el terreno de la asistencia sanitaria. Esto es, atención para ricos, sectores medios y para pobres, aunque los pudientes en algunas ocasiones utilizaran los beneficios de una asistencia pública indiscriminada. Quien tenía, obtenía beneficios con base en su capacidad de pago. Quien no tenía, pedía y obtenía algo, gracias a la caridad pública o privada. A nuestro entender esto no es el sustento de un Estado Social o de Bienestar como el que se ha consolidado en algunos

---

<sup>5</sup> Para un análisis de las posiciones institucionales y de diferentes actores sociopolíticos nacionales en este debate véase: Colombia, MS- ACOMSAP, 1990

países europeos sobre la base de la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales consignados en la Declaración de los Derechos Humanos 1948.

Con la aprobación de la **Ley 100 de 1993** se empezó la partida hacia una verdadera revolución en la seguridad social en salud. Definida por la norma la atención como un derecho humano irrenunciable y creando un sistema integral basado en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, conformado por un conjunto de instituciones, reglas y procedimientos que buscan el bienestar individual y colectivo. Se creó con esta ley un mercado regulado, abierto a la participación de todos los sectores (público y privado), el cual estimuló la competencia para el establecimiento de un seguro social universal, con el que se pretendía financiar la prestación de servicios a toda la población; esto creó las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) encargadas de efectuar el aseguramiento y organizar y administrar la prestación del plan de beneficios igual para todos, que se denomina el Plan Obligatorio de salud (POS). Se establece que las EPS tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la IPS. Por cada persona afiliada y beneficiaria, la EPS recibe una unidad de pago por capitación (UPC) que es establecido periódicamente por el Consejo nacional de Salud y Seguridad Social. Y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas dentro o fuera de las EPS.

El aludido estatuto crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que le dan origen, determina su dirección, organización y funcionamiento, las normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. El SGSSS está conformado por el Sistema General de Pensiones y el Sistema de seguridad Social en Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios. Incluye el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS), con sus dos regímenes el contributivo y el subsidiado, la protección materno infantil, riesgos catastróficos, accidentes de tránsito, desastres naturales y terrorismos. Las personas de mayores recursos pueden adquirir planes complementarios de salud para cubrir lo que no está cubierto por el POS. Se establecen las veedurías comunitarias y se crea la Superintendencia Nacional de Salud como organismo adscrito al Ministerio de Salud (hoy de Protección Social), con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

De conformidad con la Ley 100 de 1993, adelante los hospitales públicos debían de convertirse en entidades autónomas, eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado, les fueron eliminados gradualmente los subsidios de oferta mediante un proceso de transición ajustado a las condiciones del mercado donde operan y al tipo de servicios que ofrecen,

para ser sustituidos por recursos provenientes de la contratación con las EPS.

En resumen, la Ley de Seguridad Social en Salud planteo como estrategia fundamental la competencia regulada entre aseguradores y prestadores; reorganizo el modelo de seguridad Social en Salud y separo los servicios individuales (organizados por la lógica del mercado) de los servicios colectivos (a cargo de los entes públicos).

## **1.2. ANTECEDENTES DE LA REFORMA DE 1993.**

### **1.2.1. ANTES DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991.**

En este acápite trataremos más de acercarnos a los antecedentes inmediatos o más próximos a la expedición de la Ley 100 de 1993. Anteriormente tratamos detalladamente cada uno de los sucesos históricos, Leyes, Decretos e Instituciones, que de salud en Colombia y el mundo se trata. Es así como, seguiremos exponiendo, cronológicamente cada aporte que hace la historia para analizar y realizar nuestra propuesta.

A finales de los 80 con la caída del muro de Berlín en 1989 el orden mundial se volvía a recomponer, y se iniciaba un proceso tendiente hacia un mundo capitalista globalizado. En estas condiciones los derechos sociales y económicos universales son una utopía económicamente hablando ya que los subsidios estatales deben dedicarse a la incorporación de los pobres a la economía globalizada. La estrategia para lograr este propósito sería el mecanismo de subsidio a la demanda y la definición de un paquete mínimo de servicios que se podría cubrir con dicho servicio. Esta concepción sirvió como justificación para que muchos gobiernos abrieran las puertas del sector salud a la inversión de capital privado. La participación del sector privado en salud debe entenderse como un resultado de la expansión de los mercados de aseguramiento en salud y atención médica en todo el mundo.

Las reformas de los sistemas de salud y de seguridad social no pueden entenderse sin una crítica neoliberal al Estado de Bienestar en los años 90. La apertura de las economías, el control de la inflación, la disminución de la inversión estatal, la flexibilización laboral y las reformas de los sistemas de protección social serían los ejes de una reforma estructural de los Estados nacionales. De manera que la reforma del estado apuntaba a incrementar formas privadas de atención, fragmentación de los sistemas y la descentralización para fortalecer su legitimidad y estructura democrática.

En Colombia durante el gobierno de Cesar Gaviria Trujillo (1990- 1994) presentó un plan de desarrollo orientado por la estrategia central de la apertura de la economía nacional. Esta apertura tenía dos sentidos: hacia fuera, se trataba de abrir las fronteras nacionales a la economía mundial; hacia adentro, la apertura significaba la modernización de la estructura productiva por medio de la participación del sector privado en diferentes frentes de producción y de servicios que estaban a cargo de instituciones públicas. La política de salud, expresaba lineamientos orientados por criterios económicos de corte neoclásico, explícitamente incluía el diseño de un sistema prepagada, extender la cobertura de servicios de atención a la familia del trabajador beneficiario de este sistema y una serie de reformas institucionales y financieras orientadas a reorganizar, reestructurar y descentralizar el sistema de servicios de salud de la seguridad social. Tales reformas deberían posibilitar una mejor integración y coordinación entre el sector público y el sector privado, sobre la base de un esquema de mercado que garantizara la libre escogencia por parte de los usuarios y la competencia entre las unidades prestadoras de servicios. La población pobre accedería a estos servicios mediante un sistema de subsidios a la demanda cuyos beneficiarios serían seleccionados entre la población mas pobres<sup>6</sup>. El proyecto de apertura requirió una reforma del Estado. Una de las reformas mas importantes para la reforma de la seguridad social fue la laboral definida por la Ley 50 de 1990, mediante la cual se pretendía “eliminar las distorsiones del mercado laboral”. Pero las reformas sectoriales no eran suficientes. La Constitución Política de 1886, no ofrecía las condiciones para recomponer el papel del Estado en la economía. De manera que el gobierno Gaviria comenzó a preparar una reforma constitucional.

En ese momento también había en curso un proceso de paz, en el cual se planteó la necesidad de un nuevo pacto constitucional, que se planteaba como urgente desde el gobierno y los grupos de poder económico por una parte, y desde sectores sociales y políticos comprometidos con el proceso de paz. En todo caso, salió la idea de consultar a la población sobre la convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente, mecanismo de consulta denominado “La Séptima Papeleta”.

La ANC (Asamblea Nacional Constituyente) se convocó para febrero de 1991 y tuvo una composición plural en la que, por primera vez, sectores obreros, indígenas, "negritudes", campesinos, grupos religiosos diferentes al catolicismo tradicional y nuevo partidos políticos participaron. En el escenario de la ANC fue el primero en el cual se produjo un debate profundo sobre los derechos ciudadanos en general, y sobre los derechos a la salud y a la seguridad social, en particular, y se hicieron explícitas las posiciones al respecto. La nueva Constitución resultante mostraba una mezcla de posiciones y proyectos ético-políticos. El preámbulo dejó de ubicarse en la moral cristiana para ubicarse, por fin, en una ética civilista y

---

<sup>6</sup> Colombia, DNP (Departamento Nacional de Planeación, “La revolución Pacífica”. Plan de desarrollo Económico y social 1990- 1994. Bogotá: Editorial Génesis, Pág. 198.

pluralista. Por primera vez, se incluyó en el pacto constitucional un listado de derechos y deberes fundamentales, ligados a la condición humana, y por ello de carácter "negativo"; también se incluyó un conjunto de derechos sociales, económicos y culturales, ligados a la capacidad económica del Estado y de la sociedad y por ello, de carácter "positivo"<sup>7</sup>. Esta característica acercaba el nuevo pacto a un marco de corte socialdemócrata con la mira puesta en un "Estado Social de Derecho". Al mismo tiempo, la Constitución incluyó una serie de mecanismos de liberalización o disminución de la intervención estatal, como la autonomía del Banco de la República y el énfasis monetarista de sus funciones, las nuevas reglas para las concesiones, ventas o enajenaciones de recursos, propiedades e instituciones públicas, entre otros.

Haciendo seguimiento del debate suscitado dentro de la Asamblea Nacional Constituyente, se encuentra por primera vez en los proyectos del articulado constitucional incluido la palabra "Derecho" referida a la salud; pero meses antes de su promulgación fue cambiada dicho término por el de "Servicio Público". Es así como quedó el artículo 49 de la Constitución Política de 1991. De igual manera se incluyeron tres principios que serían de obligatorio cumplimiento para la organización del sistema de salud: Eficiencia, universalidad, solidaridad.

### **1.2.2. DESPUÉS DE LA EXPEDICIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991.**

La Asamblea Nacional Constituyente de 1991, se realizó con el fin de Construir un nuevo pacto que permitiera abrir el sistema político y reorganizar el Estado. En medio de múltiples posiciones, la Carta Política resultó siendo una combinación entre social-democracia y neoliberalismo, como ya lo hemos dicho. Con relación al tema que nos interesa en esta investigación, el derecho a la salud solo quedó enunciado como un servicio público, no como un derecho. Varios avances de la nueva Constitución comenzaron a verse como problemas, por ejemplo, la apertura de nuevos mecanismos de participación ciudadana y de defensa de los derechos como la tutela, la prioridad constitucional del gasto social y la definición de transferencias de la Nación hacia los entes territoriales, han sido señalados como obstáculos estructurales para el avance de las medidas de ajuste promovidas desde la Banca Internacional.

Al examinar con detalle la estructura del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, componente de salud del Sistema Integral de Seguridad Social SISS, se encuentran los ejes de una lógica de integración por vía del mercado, esto es, la concurrencia de agentes privados y públicos en un mercado regulado de aseguramiento (Régimen

---

<sup>7</sup> Sarmiento, L. (1997) "Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales". En: Barreto, M y Sarmiento, L. (1997) Constitución Política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de juristas: 167-341.

Contributivo), subsidio a la demanda para incorporar a los pobres a dicho mercado (Régimen Subsidiado) y recursos públicos destinados para nueva salud pública. El SGSSS se sustento en la teoría neoclásica de los bienes para diferenciarse el gasto privado del gasto público. Los servicios individuales de atención médica definidos en el POS, en la Ley 100 de 1993, serían financiados por los aportes de los cotizantes o por el subsidio a la demanda de los pobres (POS Subsidiado), mientras que los servicios colectivos, quedaron cada vez mas, ubicados en el Plan de Atención Básica PAB.

El Sistema de aseguramiento establecido en la Ley 100 de 1993 se inscribe dentro del derecho a la seguridad social. Es concordante con el derecho a la salud pero esta orientado prioritariamente hacia la atención de contingencias, es decir, la atención de enfermedades. Así las cosas, Colombia ha seguido las tendencias internacionales establecidas por la OMS y BM, tratadas durante todo el desarrollo de este trabajo de tesis, en cuanto a implantar un modelo que garantice la atención de las enfermedades mediante el aseguramiento, pero en el proceso el sector ha sido desvinculado del diseño y ejecución de políticas tendientes a mejorar las condiciones ambientales, sociales y económicas de la población que ha demostrado tener mayor impacto en el bienestar físico, mental y social de las comunidades; pero tales desarrollos solo se aplican a los individuos, es decir uno a uno, y no en sentido colectivo. Aun así una expresión de la inconformidad popular con los servicios de salud es justamente el extenso volumen de tutelas que sobre este tema debe atender el conjunto del sistema judicial.

En una revisión de las sentencias de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado relacionadas con salud entre 1990 y 1996 se encontró que la Constitución de 1991, logro abrir posibilidades de desarrollo del derecho a la salud, mas allá de la atención de enfermedades. Entre ellas están: el derecho a la vida, directamente relacionado con casos desatendidos de urgencia con inminencia de muerte; el derecho al bienestar, expresado en términos de contar con las mejores condiciones para la realización de la vida de los ciudadanos, en casos de daño ambiental o residuos industriales o mal manejo sanitario; el derecho a la asistencia sanitaria, estrictamente con la atención de las enfermedades, el cual se considera fundamental por su conexidad con el derecho a la vida. En general, es así como la jurisprudencia entiende el Artículo 49 de la Constitución.

En el plano contractual del aseguramiento los desarrollos jurisprudenciales logrados en casos de demandas al Instituto de Seguros Sociales anteriores a 1993, permitieron avanzar en el tipo de compromiso adquirido por los administradores de recursos de la seguridad social en relación con los derechos a la salud y a la seguridad social. El derecho a la salubridad pública, aunque no esta tan explicito se incluye en el derecho de bienestar,

en la medida en que obliga al Estado a garantizar las mejores condiciones ambientales y sociales para la vida.

El marco constitucional y legal del tema (Art. 49 de la Constitución de 1991), abrió las puertas de la inversión privada a la seguridad social y a la prestación de servicio de salud. Un ejemplo claro del cumplimiento del mandato constitucional es de “garantizar a todas las personas el acceso de los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” consagrado en el Art.48 es la Ley 100 de 1993 la cual mediante el modelo de subsidio determina.

## **2. REFORMA DE 1993 “SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL LEY 100 DE 1993”.**

La Ley 100 de 1993 <sup>8</sup> creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud que reorganizó el sistema de prestación de servicios de salud del País, integrando la salud pública, el sistema de seguridad pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Estableció un sistema universal de aseguramiento mediante el mecanismo de la competencia regulada, con cual se buscaba promover la eficacia y la calidad en la provisión de los servicios. Esta Ley se fundamentó en los siguientes principios:

- **Equidad:** Garantía de acceso a los servicios de salud sin discriminación por capacidad de pago.
- **Obligatoriedad:** Asegura la prestación de servicios de salud para todos los habitantes del territorio nacional.
- **Protección Integral:** Contempla la educación, información, fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- **Libre Escogencia:** Libertad de los usuarios para escoger aseguradores y proveedores de servicios.
- **Autonomía de las Instituciones:** Capacidad para poseer personalidad jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.
- **Participación Social:** Participación de los usuarios en la organización y control de las diversas entidades.
- **Concertación:** Entendimiento entre los diversos agentes y los diferentes niveles.
- **Calidad:** Establecimiento de mecanismos para garantizar una calidad adecuada de los servicios.

El sistema funciona bajo la modalidad de afiliación obligatoria de todo individuo a un empresa promotora de salud (EPS) la cual puede ser elegida libremente mediante un pago (cotización que proviene de un impuesto a la nómina o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público). Por medio de este pago el individuo cotizante y su familia se hace acreedor a un plan de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Las EPS pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta; tiene como funciones afiliar a las personas, recaudar las cotizaciones y organizar y administrar la prestación de los servicios comprendidos en el POS.

---

<sup>8</sup> República de Colombia. Ley 100, del 23 de diciembre de 1993. Creación del Sistema de Seguridad Social Integral y otras disposiciones. Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C., Año CXXIX No. 41.148.40.

Los servicios que requieren los afiliados son provistos directamente por Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) o bien a través de una red propia de proveedores mediante el sistema de contratación de proveedores de insumos de la salud (Personas naturales o jurídicas) quienes cumplen los requisitos legales para su funcionamiento y producen, suministran o distribuyen materiales, equipos y medicamentos necesarios para la prestación de servicios en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Ley confirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos planteando una profunda organización del sector hospitalario público y creando la figura jurídica de Empresa Social del Estado (ESE), que constituye una categoría nueva y especial de entidad pública de centralizada con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa.

La administración y financiación del sistema se articula bajo dos modalidades: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. La ley también creó una categoría especial de vinculados caracterizado por la población que en el momento puede afiliarse al régimen contributivo o subsidiado.

Con esta reforma desaparecieron los antiguos Subsectores de la Seguridad Social (Público y Privado) para dar paso a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y temporalmente al de los Vinculados Transitorios, creado para atender durante el ajuste del sistema, a quienes aun no se hubieran afiliado al Régimen Subsidiado.

De la misma manera también desaparecieron los diferentes niveles de cotización y planes de beneficio. Se incremento el monto de las cotizaciones, que pasaron de 7 al 12% sobre los ingresos laborales para todos los trabajadores colombianos. Se hizo obligatoria la afiliación y se amplió la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Se estableció un Plan Obligatorio de Salud y una unidad de pago por Capitación ajustada por riesgo, en ambos casos iguales para todos. Desaparecieron el papel monopólico del Estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, con la creación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios, las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deben competir entre si para conseguir afiliados y subsistir.

Se fortaleció la dirección del Sistema mediante la creación de un organismo colegiado con funciones decisorias, denominado Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía, el que esta encargado de la administración de los recursos del

Sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación, organización, quien además delega en las EPS el recaudo y el manejo de los recursos, los que por Ley, son propiedad del sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas, a saber: **i)** la de Compensación; **ii)** Solidaridad, **iii)** Promoción y Prevención y **iv)** la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.

Adicionalmente con la Reforma se reorganiza el Sistema de Protección contra los Riesgos Laborales creando las Administradoras de Riesgos Profesionales A.R.P. Y de paso eliminando el monopolio que en ese campo tenía el Instituto de los Seguros Sociales. Este sistema esta dirigido exclusivamente a los trabajadores del sector formal de la economía, financiado por aportes hechos en su totalidad por el patrono.

Con la Reforma se definió el Plan de Atención Básica financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población, que tiene como finalidad cubrir las actividades de salud pública y de interés comunitario en la promoción de la salud y el control y la prevención de las enfermedades.

A demás de todo lo anteriormente mencionado, la Reforma creo una estructura funcional en el sistema constituida por: el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud que ejerce la rectoría del sistema; el Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de Protección Social) que dicta las políticas - en el ámbito territorial la ejercen los Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones de Salud de los Municipios-. Las finanzas del sistema se manejan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, la vigilancia y el control del sistema. La reforma también planteó la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.

## **2.1. COMPOSICIÓN DE LA REFORMA:**

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

El **Régimen Contributivo**, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.
- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.
- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario. Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares.
- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

El **Régimen Subsidiado** es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos:

- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos. Impuestos adicionales al petróleo deben fortalecer este fondo. Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.
- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para

lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.
- La cobertura en servicios del seguro Subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo en el año 2002. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

A continuación, explicaremos con detalle esta organización, para obtener un mayor entendimiento de la misma y desde allí explicarnos las metas impuestas en la reforma, las alcanzadas y las que aún no han sido sino una utopía.

### **2.1.1. DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (LEY 100 DE 1993)**

Este régimen tiene como finalidad organizar y garantizar la prestación de servicios de salud a la población trabajadora colombiana y sus familias, financiado con un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con capacidad de pago. El aporte es pagado conjuntamente con sus patronos o en forma total por el trabajador.

Este régimen se estructura básicamente a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población y de organizar y de garantizar que se les preste los servicios de salud que requieran, utilizando para ello una red de prestadores propia o contratada.

Todo trabajador colombiano<sup>9</sup> y su familia están obligados a afiliarse a una EPS de su elección, a declarar sus ingresos laborales y aportar al sistema el 12% sobre ellos, bien sean conjunto con su patrón quien debe aportar dos terceras partes o totalmente, cuando se trata de un trabajador independiente. Para el trabajador dependiente su aporte mínimo se hará sobre el monto de unos ingresos.

---

<sup>9</sup> Se excluye de este Régimen, los trabajadores de las Fuerzas Armadas, Empresa Colombiana de Petróleos, Maestros y Magisterio.

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPS, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las UPC del trabajador y su familia iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de esta operación resultan excedentes, estos deberán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía quien los redistribuirá entre a aquellas EPS en donde después de hacer la operación anterior se genero déficit. Estos son los mecanismos conocidos como Solidaridad con el régimen subsidiado y compensación en el régimen contributivo mencionado anteriormente.

Todo trabajador y su familia con el pago de la cotización respectiva tendrán derecho a recibir un **Plan Obligatorio de Salud** igual para todos, a cambiarse de entidad promotora de salud cada año si así lo desea, a elegir el prestador de su agrado, dentro de las posibilidades que cada EPS ofrece y, adquirir de manera voluntaria con recursos adicionales provenientes de su bolsillo, los denominados Planes de Atención Complementaria en Salud PAC, creados en esencia con la finalidad de mejorar las condiciones de hotelería y comodidad ofrecidas por el POS.

Cada vez que se utilicen ciertos tipos de servicios en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una **cuota moderadora** que tiene como finalidad racionalizar su uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado **copago** al utilizar el resto del los servicios que serán destinados a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

### **2.1.2. DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO:**

Este tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana definida como “pobre” sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios del Estado.

Este régimen se estructura básicamente a través de las denominadas **Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)**, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a estas poblaciones. Estas entidades pueden ser de tres tipos: i) las mismas EPS del Régimen Contributivo, ii) las actuales Cajas de Compensación Familiar que organizan programas para tal fin y iii) las Empresas Solidarias de Salud que no son otra cosa que una modalidad especial de EPS de origen en las organizaciones comunitarias, creadas como una alternativa ante la posible ausencia de las dos primeras entidades en ciertas regiones del país.

Estas entidades reciben del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPCS), con la cual deberán brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), como se ha explicado en otro acápite de esta tesis. Los servicios que un principio no sean cubiertos por el POSS, deberán ser garantizados por los hospitales públicos, los que por ellos seguirán recibiendo subsidios directos del estado (subsidios de oferta).

Con la reforma todos los municipios tenían que adelantar un proceso de identificación de beneficiarios de los subsidios denominados SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios) con lo cual cada persona perteneciente a los estratos uno y dos de pobreza recibirá un carné que lo identificara como tal y con el cual podrá seleccionar la ARS a la que desee afiliarse para recibir el POSS.

### **2.1.3. DEL RÉGIMEN PARA LOS VINCULADOS TRANSITORIOS**

Se consideran vinculados transitorios al sistema aquellas personas pobres ubicadas en los estratos uno y dos de pobreza, que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al sistema, y que mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el Estado para garantizarles la atención en salud.

La prestación de servicios de salud a estas personas se brinda a través de los hospitales públicos quienes siguen recibiendo recursos directos del Estado, denominados "Subsidios de Oferta". Igualmente estas entidades deberán someterse a un proceso gradual de conversión de "Subsidios de Oferta" por "Subsidios de Demanda", lo que significa que cada vez deberán existir menos personas catalogadas como vinculados transitorios y por lo tanto los recursos que se liberen, al no ser atendidos directamente en los hospitales públicos deberán destinarse de manera creciente a financiar la UPCS para que se puedan vincular a las ARS.

### **2.1.4 OTROS PROGRAMAS EN EL SISTEMA.**

Adicional a los tres regímenes mencionados anteriormente, la reforma contempla la existencia de un programa especial destinado a la protección de las personas que resulten lesionadas en *accidentes de tránsito, catástrofes naturales y atentados terroristas*, que es financiado con recursos provenientes de un impuesto a los vehículos automotores, cobrado mediante la modalidad de un seguro que pagan sus propietarios, recursos que se suman a aquellos que destine el Gobierno Nacional y Local para el fortalecimiento de la red nacional de urgencias hospitalarias. Cabe

mencionar, que este programa existía antes de ser implementada la reforma y que se constituía en una fuente importante de recursos no era incorporado dentro de la lógica de operación del paquete de beneficios POS manejado por las EPS, creándose para su operación una subcuenta especial en el Fondo de Solidaridad Y Garantía.

El programa para la atención de los riesgos laborales- Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, ATEP-, también fue objeto de modificaciones y ajusten por la Ley 100 de 1993, el que esta destinado exclusivamente a la protección de los trabajadores del sector formal de la economía, financiado en su totalidad con aportes que hace el empleador y que son estimados de acuerdo a las categorías de riesgo laboral preestablecidas en la Ley. Aunque este programa esta destinado a cubrir al trabajador, no fue incorporado en las actividades que deben desempeñar las EPS.

### 3. SITUACION ACTUAL DEL SGSSS.

La Constitución de 1991 otorgo mayores poderes a los municipios y fortaleció el papel de los Departamentos; además considero la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el Estado que se desarrolla de forma descentralizada y por niveles de atención<sup>10</sup>. El sistema se organiza según la Ley 10 de Municipalización de Salud de 1990, la Ley 60 (en diciembre del 2001 se aprobaron modificaciones a la Ley 60 que se concretaron en la Ley 715 de 2001 “Sistema General de Transferencias” para salud y educación. Congreso de la República, Colombia. Diciembre 21 del 2001) que rige las competencias y los recursos disponibles para los diferentes entes territoriales, la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). Las Leyes 10 y 60, actualmente la Ley 715 asignaron a los municipios la competencia operativa en la atención en salud en el primer nivel de atención, y a los gobiernos departamentales los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. La Ley 100 modifico el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio de la demanda, planteándose como meta para el año 2001 un aseguramiento de cobertura universal. La Ley 100 creo dos regimenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado, los cuales han sido expuestos anteriormente. Las personas que no logran ser afiliadas a ninguno de los regimenes por ausencia de los oferentes o falta de recursos se denominan participantes no asegurados, siendo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio la prestación de servicios de salud a esta población<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> La Ley 100 establece en un nuevo concepto en la orientación de la salud al buscar el aseguramiento como es esquema dominante, dejando de lado los subsidios a la oferta, mediante el énfasis en los subsidios a la demanda y a la competencia entre prestadoras (IPS) y administradoras (EPS). Estas ultimas asumen unos roles y unas funciones antes difusas. Plantea un paquete básico (POS) que debe ser financiado con los recaudos por cotizaciones salariales, por otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y por los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuya estimación esta en función de las características socioeconómicas y epidemiológicas. Toda la población debe afiliarse a una EPS, la que recibirá por cada afiliado su correspondiente UPC. Con estos recursos las EPS deben garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el POS, contratándolos con alguna IPS.

<sup>11</sup> La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de salud publica, 2001.

### 3.1. LEGISLACIÓN ACTUAL EN MATERIA DE SALUD EN COLOMBIA.

La **Ley 60 de 1993**<sup>12</sup>, reserva para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entregó las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quedando los Municipios y Distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel.

Para la asunción de las competencias por parte de las entidades territoriales se expidió el Decreto 1770 de 1994, reglamentario de la Ley 60 de 1993, el cual estableció los requisitos para la descentralización departamental y municipal.

En cuanto a los procesos de participación social, el Decreto 1757 reglamentario de la Ley 60, por medio del cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, permite a las personas naturales y jurídicas participar en el ámbito ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus deberes y derechos en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud, así:

- En el ámbito social, la participación es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.
- En el ámbito ciudadano, funcionará en las Direcciones del Sistema General de Seguridad Social en salud el servicio de atención a la comunidad, con el fin de canalizar y resolver las inquietudes en salud de los ciudadanos. Así mismo el sistema de atención e información al usuario en las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas.
- En el ámbito comunitario, funcionarán los Comités de Participación Comunitaria como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y control del gasto en su jurisdicción respectiva.

---

<sup>12</sup> Publicada en el Diario Oficial, año CXXIX No. 40.987 del 12 de Agosto de 1993.

La definición de las competencias en las normas antes mencionadas, no permitió suficiente claridad y especificidad en las entidades territoriales. Las competencias asignadas por la **Ley 60 de 1993** a departamentos y municipios se trasladan produciendo colisión de competencias y poca claridad en los mecanismos de responsabilidad y rendición de cuentas, además, sectorialmente se siguieron diferentes lógicas para la asignación de competencias que no concuerdan con el objetivo principal de la descentralización, que es el de otorgar una mayor autonomía local. Adicional a esto, no se tuvo en cuenta las capacidades diferenciales de las entidades territoriales, las fluctuaciones e inestabilidad de los recursos y las dificultades en el proceso de inspección, vigilancia y control; sobre éste último aspecto, es necesario señalar que debido a la duplicidad de funciones sobre la materia tanto en el nivel nacional como territorial, ha sido en algunos casos imposible el funcionamiento de la vigilancia y el control al funcionamiento del Sistema.

En el ámbito de la oferta de servicios de salud, es importante señalar que con la legislación anterior se presentó una expansión desordenada de la oferta de servicios de salud, se evidenciaron problemas de la red pública, deficiencias en la calidad de la atención lo cual permitió un incremento de los costos fijos de los hospitales públicos asociados al valor de las nóminas.

Esta situación se pretende superar con el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 del mismo año, con lo cual se quiere hacer del sistema de transferencias intergubernamentales un medio efectivo para la descentralización, entendido este como un proceso irreversible, una política de Estado opuesta a los esquemas centralistas y basado en los principios de autonomía y participación ciudadana. Así mismo, se asignan competencias territoriales de una forma diferenciada en cada nivel territorial permitiendo así un mejor uso de los recursos disponibles para la inversión social, distribuyendo éstos últimos con criterios de equidad y eficiencia.

Con el fin de superar las dificultades de expansión desordenada de la oferta de los servicios de salud, entre otras, se expide la **Ley 715 de 2001**, la cual establece que los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando cumplan con la reglamentación que se establezca para el efecto, por lo tanto, ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental. En este sentido, al Ministerio de Salud le corresponde determinar los criterios y lineamientos que deben cumplir los municipios descentralizados para continuar prestando los servicios de salud.

Es importante señalar que la Ley 715 pretende que los recursos y competencias continúen en cabeza de los municipios que demuestren la

capacidad Técnica, Administrativa y Financiera para ello. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los procesos de Desarrollo Institucional requieren de unos ajustes organizacionales que ameritan largos periodos para su desarrollo.

La **Ley 60 de 1993**, reformada después por la **Ley 715 de 2002**, limitó el nivel de decisión del gasto en salud a los entes territoriales casi a cero, violando el principio constitucional de la descentralización y la consecuente autonomía territorial. En términos mas específicos, la mayor parte de los ingresos corrientes de la nación destinados por orden constitucional a la salud ya no se envían a los hospitales públicos de los distintos niveles territoriales para atender a l publico, si no que se dirigen a apoyar el pago del aporte al sistema integral de seguridad social en salud a quienes no estuvieran en capacidad de hacerlo totalmente con sus propios recursos. Este modelo implica que la estrategia estatal para cumplir la orden constitucional referida atrás se hace integrando, en posición de total dependencia, el sistema público de salud con el sistema integral de seguridad social prestado por los particulares, lo que definitivamente no esta previsto en la Constitución Política de 1991. Esta última conclusión la adopto la Corte Constitucional en la Sentencia 1489 de 2000, cuando reconoció que la Constitución no ordena que el gasto público en salud tenga que realizarse bajo un modelo particular. La Corte finalmente concluyo que tan trascendental decisión correspondía al Congreso de la República y declaro legítimo el modelo diseñado con las leyes citadas.

Es así entonces como el Congreso de la República, constitucionalmente según el fallo anteriormente citado, opto por el modelo de subsidio a la demanda, integro indisolublemente la salud pública al sistema de seguridad social de naturaleza privada. Es decir que la salud publica quedo ligada a la lógica financiera que impera en el sistema integral de seguridad social que presta los particulares lo cual pareciera contrario a los contenidos de un Estado Social de Derecho y del principio de la descentralización.

Precisando, el gasto medico público que no este en el plan obligatorio de salud contributivo o subsidiado (POS o POSS) no se puede realizar, porque desconoce el mensaje que el mercado de la salud revela para determinar la configuración de tales planes; por tanto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, debe respetarlo. La Salud pública quedo privatizada en el sentido de que los servicios que se prestan a través de los hospitales estatales -que en la actualidad se conocen con el nombre de Empresas Sociales del Estado (ESE)-, se rigen por las reglas del mercado que implican la obtención de ganancia o la desaparición de la institución financieramente ineficaz.

Otras de las reformas propuestas en este sentido deben ser más generales y transparentes ciertas normas en torno a la responsabilidad territorial.

Existe actualmente un proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social denominado “Proyecto de Reforma a la Ley 100 y regionalización”; el tema de la regionalización del régimen subsidiado, es un proceso mediante el cual es posible la integración de diversas unidades administrativas del país, en la búsqueda de elementos comunes; el objetivo de crear regiones buscando elementos comunes integradores en lo social, lo administrativo, lo geográfico y lo natural, entre otros, es el de asegurar y garantizar la participación de las unidades que la componen en la preparación, formulación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas sectoriales de desarrollo, en el entendido de conformar una entidad territorial.

La regionalización debe reflejar un criterio de participación de los departamentos que a su vez sirva como eje de articulación entre la planeación, programación y ejecución de las políticas y planes de gobierno desde lo nacional a lo local y viceversa. Una de las experiencias más importantes del país en materia de regionalización se dio años atrás por medio de la integración de los Consejos Regionales de Planeación Económica y Social (Corpes), con la definición de cinco regiones específicas en las cuales se agruparon todos los departamentos del país.

La operación regional del régimen subsidiado, según el gobierno, no es otra cosa que la reorganización de los mercados de aseguramiento en grupos de riesgos mediante la circunscripción de las operaciones de las ARS o EPS a un determinado radio de acción de varios departamentos y bajo unos nuevos criterios de selección orientados a garantizar la optimización de los recursos de estas entidades y una mejor gestión en materia de administración y manejo del riesgo en salud.

Independientemente del proyecto de reforma a la ley 100 de 1993 que plantea el tema de operación regional en su Art. 40 del capítulo IV, el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud han impulsado y consolidado una política de operación regional para el régimen subsidiado con fundamento en la Ley 812 del Plan Nacional de Desarrollo, que se refiere a la “definición de zonas de operación, con el fin de lograr la concentración poblacional, que permita la operación eficiente del aseguramiento” y los Decretos 0515-2004 y 506-2005 y el acuerdo 244-2003.

Así las cosas debe entenderse que la operación regional del Régimen Subsidiado de Salud es una de las prioridades de la agenda gubernamental. Según el proyecto de acuerdo inicialmente presentado al Consejo, la operación regional estaría caracterizada por los siguientes aspectos: **1.** La conformación de un número máximo de cinco regiones de aseguramiento; **2.** La posibilidad para que las ARS sin ánimo de lucro y en especial las Cajas de Compensación Familiar, las Empresas Solidarias de

Salud y las EPS indígenas sean seleccionadas en forma preferencial para su operación; **3.** La limitante para que las ARS solo actúen en un número máximo de tres regiones, salvo condiciones adicionales para una cuarta o quinta región por número de afiliados o naturaleza jurídica; **4.** Un sistema de selección de los operadores que establece entre otros un número máximo de operadores por región y un número mínimo por municipio; **5.** Un sistema de calificación por puntajes (entre 0 y 100 puntos) con variable cuantitativas y calificadores externos.

El Representante a la Cámara Venus Albeiro Silva, asegura que los cambios introducidos al proyecto de Ley 052<sup>13</sup> no permiten que el mismo cumpla el objetivo de reorganizar financieramente el sistema. Silva, plantea, que el Estado Colombiano tiene que lograr que los recursos de las apuestas y loterías lleguen a las arcas públicas para que se pueda invertir en salud. “Los recursos de la salud pública no pueden ser invertidos en títulos valores que desfinancian al sistema, lo cual genera la crisis que estamos viviendo en la red hospitalaria”.

En los entes territoriales la falla más relevante en salud pública es la baja ejecución de los recursos del plan de atención básica (PAB) pese a los riesgos a que está expuesta la población. También adolece de problemas en el manejo técnico del presupuesto y en la administración de los recursos, a menudo incluidos en fondos comunes, lo que incrementa las posibilidades de desviación. El Ministerio del ramo ha tenido debilidades en el seguimiento a los PAB territoriales y ausencia de retroalimentación y de directrices técnicas en algunos programas. Por su parte, las direcciones departamentales no realizan seguimiento en forma sistemática a la ejecución de los planes y acciones de salud pública de los municipios, lo mismo sucede con la supervisión y el control de la gestión que deben ejercer sobre las EPS y ARS que funcionan en cada territorio. Si bien la ley 715 de 2001 contribuyó a resolver parte de esta problemática, también generó nuevas dificultades a raíz de la desarticulación del Plan de Servicios Subsidiados, ya que le trasladó a los entes territoriales la responsabilidad de la promoción y prevención de la salud.

---

<sup>13</sup> Hoy cursan en el Congreso el Proyecto de Ley 052, presentado por el gobierno Nacional, aprobado en primera vuelta en la Comisión Séptima de Senado. La intención de aquel, con la reforma del sistema de salud impulsada en este proyecto es profundizar el modelo de aseguramiento y su manejo mercantil, mediante la reorganización del Régimen Subsidiado, con un esquema financiero centralizado y la entrega de los programas de promoción y prevención a Empresas Administradoras de Salud, lo que desconoce el rol del Estado y fortalece el esquema al subsidio de la demanda, con el consecuente debilitamiento de la Red Hospitalaria Pública. La importancia de los entes territoriales y de la salud pública es casi nula, dejando claro que el de salud es un sistema de atención a la enfermedad y un negocio al sector financiero.

El modelo de aseguramiento que estableció la Ley 100 de 1993 contempló la garantía estatal de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas mediante la prestación de servicios por parte de proveedores públicos y privados en condiciones de competencia; con esta solución de mercado se pretendía lograr un mejor uso de los recursos y mayor calidad en la atención. Las reglas de juego que han sido establecidas hasta la fecha se reflejan en un complejo orden normativo que brindan incentivos inadecuados, para ajustar el interés particular de los actores involucrados al interés de la sociedad.

### **3.2. SEGUIMIENTO DE LA REFORMA DE LA SALUD ESTABLECIDA CON LA LEY 100 DE 1993.**

El principal objetivo de la Ley 100 de 1993 es garantizar el acceso a la atención en salud a la población colombiana con independencia de sus condiciones socioeconómicas, protegiéndoles a través de su afiliación al sistema de Seguridad Social, del menoscabo de sus condiciones de salud y de su capacidad de pago si, como consecuencia de una enfermedad, una persona tiene que pagar de su propio bolsillo los costosos servicios que requiera. Con esta reforma es importante tener en cuenta la diferencia que existe entre asistencia pública y el concepto simple de seguro.

A demás del manejo de riesgo, propio de un seguro, la seguridad social involucra un concepto de solidaridad que implica una transferencia de recursos entre diferentes personas con diversas condiciones económicas y de salud. Los jóvenes, los sanos y los de mayor ingreso subsidian a los viejos, los enfermos y los de menor ingreso. En conclusión todos debemos contribuir a la financiación del sistema según nuestra capacidad económica y a cambio tenemos la posibilidad de acceder al mismo plan de servicios según lo necesite nuestra condición de salud. Lo anterior apunta a que el gasto que debe afrontar la población pobre esté acorde con su ingreso y no con el costo real del servicio, lo que les facilitaría el acceso al sistema.

En este acápite buscamos mostrar los logros y carencias del ejercicio del derecho a la salud, basado en los principios consignados en la Ley 100 de 1993; para formular con acierto nuestra propuesta de realizar una nueva reforma que apunte a un sistema que se dirija al bienestar de las poblaciones. Para entender los logros es necesario recordar cual fue el punto de partida de dicha reforma. Antes de ser propuesta estaba supuestamente cubierto el 80%<sup>14</sup> estaba cubierto por la red pública de servicios. Pero la realidad era muy diferente, ya que una gran mayoría de los pobres no usaban el sistema público porque éste no les daba respuesta, por lo que tenía que usar los servicios hospitalarios en el sector privado. Los análisis que se han hecho hasta ahora sobre la reforma permiten asegurar

---

<sup>14</sup> Maria Luisa Escobar, En el sector Salud en Colombia: Logros, dificultades y desafíos para consolidar los propósitos de la reforma de la Seguridad Social documento no publicado, Bogotá, Febrero de 2004.

que las personas afiliadas tienen mayor probabilidad de ser atendidas en los servicios médicos que quienes no lo están. A pesar de los problemas que muestra la implantación de la reforma en el régimen subsidiado, este es el principal logro del sistema y el argumento para mantenerlo, si realmente se desea proteger a la población y no a las instituciones.

El sistema ha beneficiado en mayor medida a la población pobre que ahora exige derechos y tiene acceso a la atención de sus enfermedades de alto costo que antes no tenía porque simplemente no existía la oferta pública en este tipo de servicios. Entre otros logros de la reforma podemos destacar las mayores tasas de cobertura de algunos programas de atención de salud pública, prioritarios, como la atención prenatal e incluso la vacunación logradas por los afiliados al sistema en comparación con los no afiliados.

A continuación trataremos con más detalle las carencias actuales del modelo de salud que han generado malestar dentro de la población y que le han impedido acceder a la aplicación efectiva de los principios constitucionales y legales:

- **Principio de Universalidad:** La universalidad es la inclusión de todos los miembros de la sociedad en los servicios de salud tanto preventivos como curativos con el objeto de lograr una prestación integral. Por lo tanto, el cumplimiento de este principio puede ser evaluado desde la óptica de la salud pública y del aseguramiento en salud, ya que este fue adoptado en Colombia como mecanismo para garantizar la atención de la enfermedad y el cubrimiento de los riesgos financieros de la salud. La salud Pública es a la vez, un bien público cuando se llevan a cabo acciones colectivas de promoción y prevención y un bien meritorio, cuando se aplica a acciones individuales de salud, por esta razón el Estado está llamado a solucionar las fallas en esta se presenten mediante el acceso de toda la población al sistema, con cargo a los recaudos tributarios generales con el fin de evitar la exclusión de las personas por no tener suficiente capacidad de pago. Pese a que la Ley 100 privilegió la prevención sobre la curación, la dinámica de operación que ha tomado el sistema ha invertido en las prioridades a favor de los aspectos curativos, en consecuencia, se presenta una tendencia al deterioro de la salud pública, que tiene sus causas en la falta de compromiso pleno de las aseguradoras para ejecutar los recursos de promoción y prevención individual<sup>15</sup>, y a la ejecución de la política de descentralización que condujo a la fragmentación de programas de salud que habían sido administrados por la nación.

El otro componente del derecho universal a la salud es la garantía de la prestación de servicios de salud, en especial la atención curativa, por lo

---

<sup>15</sup> Por ejemplo en 2001 las EPS reintegraron \$12 millones al FOSYGA por falta de ejecución de los programas de promoción y prevención. (Informes de gestión mensual del FOSYGA. Consorcio Fosalud, Marzo 2004).

que el constituyente opto por organizar las prestaciones mediante un esquema de aseguramiento. En otras palabras estableció una expansión progresiva en el cubrimiento de riesgos y en la afiliación, proceso que buscaba la incorporación de toda la población colombiana al sistema y la igualdad en los planes obligatorios de salud de los regímenes existentes. La Ley 100 buscaba garantizar la cobertura universal antes del año 2001<sup>16</sup> mediante el esquema de seguro de salud; promover la eficiencia en la provisión, y mejorar la calidad de los servicios. Pero transcurridos 13 años desde la expedición de esta ley, la meta de cobertura en salud no se ha cumplido. La principal causa de esta situación se explica, por que el sistema de aseguramiento en salud, se construyo sobre la capacidad de pago de la población trabajadora. El modelo sobreestimo las potencialidades del crecimiento económico para la generación de empleo, la capacidad de pago de los usuarios y paso por alto las condiciones crecientes de pobreza en el país.

- **Principio de Eficiencia:** El modelo de aseguramiento que estableció la Ley 100 contemplo la garantía estatal de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas mediante la prestación de servicios por parte de proveedores públicos y privados en condiciones de competencia, como ya hemos comentado anteriormente con esta solución de mercado se pretendía lograr un mejor uso de los recursos y mayor calidad en la atención. El examen de la eficiencia en el uso de estos recursos parte de recordar que el mismo modelo reconoció las amplias fallas del mercado en el sector de la salud por lo que se planteó la necesidad de establecer un marco regulatorio y sistemas adecuados de incentivos. Pero a la fecha después de la reforma el déficit de dicha función reguladora, ha arrojado incentivos inadecuados dirigidos al interés particular de los actores involucrados, a demás hoy se presentan situaciones que se encuentran lejos de un buen recaudo de los recursos, asignación y flujo de los mismos, así como ineficiencias de los aseguradores y prestadores, limitando la garantía del derecho a la salud.
- **Principio de Solidaridad:** Este principio es el apoyo mutuo que se brindan los miembros de una sociedad con el objeto de alcanzar un beneficio para cada uno de ellos. En el modelo de salud en Colombia es intragrupal, intergrupala e intergeneracional. Cada régimen, es solidario con el conglomerado que lo integra a través de la unidad de los recursos para diluir el riesgo y garantizar las demandas de atención por enfermedad de cualquiera de sus integrantes. La solidaridad intergrupala es, equidad con los ciudadanos menos favorecidos, y se expresa en la transferencia de los recursos del régimen contributivo al régimen subsidiado. Por último, la solidaridad intergeneracional opera por medio de la no discriminación de acceso entre personas con mayor y menor riesgo. El problema de solidaridad en el modelo proviene de la inequidad de aportes, que deviene en resultados injustos para las personas de

---

<sup>16</sup> Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

menores ingresos que contribuyen al sistema y en una baja progresividad de los aportes de quienes tiene mayor capacidad de pago. En primer lugar, la contribución que hace las personas de menos ingresos tiene un impacto sobre el ingreso disponible para la atención de sus necesidades básicas, en tanto que el aporte de los otros solo afecta sus gastos suntuarios. Por tanto, con una regla de justicia distributiva, se debería aplicar un aporte incremental a las personas de mayores ingresos, con destino al régimen subsidiado. Por otra parte, los afiliados que ganan mas de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes realizan un aporte porcentual inferior al de los demás contribuyentes, ya que éste es el límite del ingreso base de cotización que está establecido por la ley, y sobre la que se aplica la tarifa de aseguramiento y solidaridad del 12%.

- **Principio de Equidad:** El principio de equidad frente a la salud de las personas consiste en la prestación oportuna y con igual calidad y acceso a los servicios de promoción, prevención y curación independientemente de su capacidad de pago. La equidad puede ser vista de muchas formas, dentro del SGSSS la más relevante es la equidad en el cubrimiento de riesgos, de la cobertura en el acceso efectivo y en la entrega de medicamentos. Con la Ley 100 además de alcanzar la cobertura universal en aseguramiento se pretendía también la homologación de los planes obligatorios de servicios. Pero el POS comprende diferentes servicios según el régimen, ya sea contributivo o subsidiado, en este último el POS es mas limitado que en el contributivo, en especial en los servicios de salud especializados. La diferencia en los planes de salud rompe el principio de equidad, pues en otras palabras se les brindan menores servicios a las personas pobres, que a las que tiene mayor capacidad de pago. El origen de esta situación se encuentra en el establecimiento de diferentes Unidades de Pago por Capitación (UPS), donde se reconoce un valor diferente por el cubrimiento de riesgos según el régimen. Con respecto a la insuficiente cobertura en salud también hace parte el problema de la fragmentación de los servicios, el régimen contributivo por ejemplo esta formado por trabajadores y pensionados del sector público y privado con sus familiares y por trabajadores independientes con capacidad de pago y sus familiares, dentro de estos se pueden identificar los grupos que están en regímenes especiales. En cambio los afiliados al régimen subsidiado están constituidos por la población sin capacidad de pago y dentro de ellos están quienes tienen planes complementarios de salud o seguros, y además existen los participantes no asegurados que en razón de su incapacidad de pago tiene derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que sean contratadas por el Estado, mientras consiguen ser beneficiarios del régimen subsidiado.

La equidad en salud no se puede entender solo en términos de la distribución de la cobertura en aseguramiento. Existen barreras para que el servicio sea concreto tales como la disponibilidad de la infraestructura

sanitaria, la situación geográfica, la capacidad de pago y las condiciones culturales.

Así pues la principal razón de malestar de salud en Colombia proviene de la no realización plena de la promesa de alcanzar la adecuada prestación del servicio de salud con la instauración del nuevo modelo de aseguramiento. En la actualidad, la universalidad del sistema se ve limitada por las fallas en la provisión de servicios de salud pública. En materia de eficiencia el sistema falla por que ha derivado en administraciones onerosas, en demoras innecesarias en el flujo de recursos y en el uso indebido de barreras de acceso. En cuanto a la solidaridad, es evidente que la responsabilidad en el financiamiento se descarga en el grueso de la población asalariada mientras que las personas de altos ingresos aportan en menor proporción a su capacidad de pago y, por tanto, su contribución efectiva es baja, con pérdidas potenciales para el régimen subsidiado. Por último, la inequitativa distribución de los servicios se expresa en la desigualdad en el cubrimiento de riesgos, de la cobertura, en el acceso efectivo y en la entrega de medicamentos hacia la población con mayor capacidad de pago.

## **4. ASPECTOS IMPORTANTES DE LAS POLITICAS DE SALUD EN COLOMBIA.**

### **4.1. ASPECTOS PRONUNCIADOS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA.**

La Corte Constitucional en su desarrollo jurisprudencial ha entendido el derecho a la salud como un derecho fundamental, permitiendo delimitar el contenido mínimo esencial al derecho a la salud. Para esto la Corte Constitucional en la materia debe tener en cuenta los estándares consagrados en el derecho internacional de los derechos humanos. Por lo anterior en este acápite vamos a explorar a través de un proceso de revisión bibliográfica y un análisis jurídico la sistematización del conocimiento dado por ley, así como el del análisis de los fallos de tutela emitidos por el órgano Constitucional, delimitando el verdadero alcance del derecho a la salud en un entorno social y económico actual, en el cual se ha imposibilitado la cobertura total de la seguridad social tanto desde el punto de vista de la población como de los planes de servicios ofrecidos, y si realmente en la práctica se ha hecho efectivo el derecho a la salud.

Se enfatiza en este punto cual es el alcance del derecho a la salud desde el contexto legal y jurídico, el fundamento de las acciones jurídicas instauradas y el incremento de los recobros generados por los fallos, así como el alcance de la protección constitucional de este derecho y las tendencias observadas en su reconocimiento a través de los fallos de tutela de la Corte Constitucional. A partir de la Constitución de 1991 se consagran en Colombia mecanismos de protección de Derechos Fundamentales de carácter especial, como es el caso de la acción de tutela, creada “para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”<sup>17</sup>. De igual manera, la Carta Constitucional consagra en los artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y a la salud respectivamente, asignándoles para su desarrollo y efectividad tres principios de alcance constitucional: eficiencia, universalidad y solidaridad, anteriormente tratados, siendo necesario aclarar que el desarrollo normativo de carácter primordial de estos dos derechos se dio en 1993 con la expedición de la Ley 100.

Se puede afirmar que la tutela consagrada como mecanismos de protección de derechos fundamentales se ha convertido, en relación con el derecho a la salud, en un instrumento con una doble finalidad: por un lado como

---

<sup>17</sup> Corte Constitucional. Sala Primera de Revisión. Sentencia T-603, junio 16/2004. Magistrado Ponente Jaime Araujo. En: Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. V. N° 57. Bogotá: Legis Editores, S.A.; 2004. p. 491-1495.

mecanismo de protección de derechos fundamentales cuando, como consecuencia de la no protección del derecho a la salud, se afecte o lesione el derecho a la vida u otro tipo de derechos de contenido fundamental, como lo es también la garantía del mínimo vital, pero también con una segunda finalidad, como un proceso alterno que deben utilizar los usuarios para acceder a servicios de salud y más concretamente a la atención médica a través de la cual se hace efectivo el derecho.

El derecho a la seguridad social se considera como un derecho de contenido prestacional, porque, para su efectividad, requiere de una serie de normas y asignaciones de carácter presupuestal, además de un esquema de organización que permita la viabilidad de la prestación de determinado servicio público. En relación con el derecho a la salud se encuentra también por fuera del listado de derechos fundamentales y está incluido en aquellos de carácter social, económico y cultural. Sobre el alcance de su protección constitucional consagrado en la carta en el Artículo 49, se ha pronunciado la Corte en múltiples fallos; su jurisprudencia ha determinado que si bien el derecho a la salud tiene carácter prestacional, adquiere la connotación de fundamental cuando como resultado de su vulneración se coloca en peligro el derecho a la vida, este sí un derecho de carácter fundamental. En efecto, la Corte ha expresado: «que si bien el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental»<sup>18</sup> «sí puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar este último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad»<sup>19</sup>. De ahí que el derecho a la salud sea un derecho protegido constitucionalmente en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro a la vida u otros derechos fundamentales de las personas».

Se establece el concepto de la salud como un servicio público generador de derechos prestacionales y del cual se derivan derechos fundamentales; señala la Corte que la salud sólo es tutelable por conexidad con el derecho a la vida, siendo considerado tal derecho en los demás casos, como un derecho de contenido prestacional con las implicaciones que ello produce con respecto a su protección y eficacia. Es por tanto un derecho de protección constitucional en aquellos eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro la vida u otros derechos fundamentales de las personas.

En este orden de ideas, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos y las cirugías entre otros aspectos, pueden ser objeto de

---

<sup>18</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-1036 de 2000. Magistrado Ponente Alejandro Martínez. URL disponible en: <http://bib.minjusticia.gov.co/jurisprudencia/CorteConstitucional/2000/Tutela/T-1036-00.htm>

<sup>19</sup> Ley 100/1993 de 23 de diciembre. Sistema de Seguridad Social Integral. Diario oficial, Número 41148, de 23-12-93. p. 1-37.

protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental". Sin duda, el criterio para definir la salud como derecho inescindible de la vida, lo toma la Corte entendiendo la concepción del proceso salud enfermedad más allá de una explicación circunscrita únicamente a su existencia biológica, pues admite la posibilidad de que la persona que ejerza tal derecho pueda llevar una vida digna y alejada del sufrimiento, de modo que tenga un desempeño normal en la sociedad; es este y no otro el sentido que le otorga la Ley 100/93 en su Artículo 156, Literal c, cuando expresa<sup>20</sup>, "Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud (POS)"<sup>21</sup>.

Es claro, de acuerdo con lo anterior, que el derecho a la salud sólo adquiere su connotación de derecho fundamental cuando, como consecuencia de su vulneración, se pone en peligro la preservación de un derecho contenido en el Título II Capítulo I de la Constitución actual (artículos 11 al 41) y muy especialmente el derecho a la vida y a la dignidad de la persona. La Corte Constitucional ha reconocido la salud como un derecho y un servicio público de amplia configuración legal, toda vez que la Constitución difiere de la ley la regulación del acceso al sistema de salud, así como el alcance de las prestaciones obligatorias en este campo. En este sentido, la realización del derecho a la salud tiene como punto de partida el sistema que organice el Estado para responder a la demanda de servicios de la comunidad. Por esta razón, la doctrina le ha asignado el carácter de derecho prestacional, como lo indicamos anteriormente, lo que significa que requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura<sup>22</sup>. La prestación que involucra el derecho a la salud es de carácter programático ya que requiere de un proceso en el que se diseña y planifica las instituciones que lo hace posible, esto exige tiempo y apropiación de recursos que luego deberán ser destinados bajo una serie de parámetros que deben ser discutidos democráticamente su realización es, en este sentido, progresivo<sup>23</sup>. Por tal motivo, este derecho, en principio, no puede considerarse como un derecho fundamental; sin embargo, en ciertas situaciones especiales, los derechos prestacionales se transforman en derechos subjetivos<sup>24</sup>. A partir de ello la jurisprudencia de la Corte ha

---

<sup>20</sup> Formisano M. Cinco argumentos a favor del mantenimiento de la acción de tutela para los derechos económicos, sociales y culturales en Colombia. En: Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. IV: 39. Bogotá: Legis Editores S.A; 2003; p. 559-562.

<sup>21</sup> Beltrán AM. El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional: ¿un problema en la definición de las políticas públicas o en la interpretación de un sistema de aseguramiento? En: Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. V: 57. Bogotá: Legis Editores S.A; 2004; p.1620-1632.

<sup>22</sup> Sentencia T- 978 de 2001.

<sup>23</sup> La progresividad debe entenderse como la obligación de proceder lo mas eficazmente posible con miras de obtener la realización del derecho de salud, aunque se reconoce que su satisfacción plena necesita una cierta gradualidad. Así lo explica el Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas.

<sup>24</sup> Sentencia T- 304 de 1998. " La condición meramente programática de los derecho económicos, sociales y culturales tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo en la medida en que se cree los elementos que le permita a la persona exigir del Estado la obligación de ejecutar una prestación

establecido tres supuestos bajo los cuales se puede entender el derecho a la salud como un derecho fundamental:

- A.** El derecho a la salud como derecho fundamental por su conexidad con otros derechos fundamentales. La jurisprudencia Constitucional ha considerado que los derechos fundamentales por la figura de la conexidad son aquellos que sin ser denominados con la calidad de tales en el texto constitucional, les es transferida esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales como es el caso del derecho a la vida, de tal forma que si los primeros no fueron protegidos en forma inmediata, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos<sup>25</sup>. El criterio de conexidad ha sido proyectado, por ejemplo, en la Jurisprudencia sobre conexidad del derecho a la salud con el derecho a una vida digna. En esta línea jurisprudencial se ha amparado la atención médica necesaria para el restablecimiento de graves problemas de salud mental, las intervenciones estéticas que tienden a poner fin a ciertos dolores corporales, el suministro de prótesis mamarias, el suministro de la hormona de crecimiento entre otros procedimientos.
- B.** El derecho a la salud como derecho fundamental frente a sujetos de especial protección. La Constitución de 1991 establece cláusulas que identifican sujetos de especial protección constitucional, frente a ellos, la protección al derecho a la salud es reforzada, debido al grado de vulnerabilidad que estos enfrentan. Así mismo, en el caso de la infancia<sup>26</sup>, las personas con discapacidad<sup>27</sup> y los adultos mayores<sup>28</sup>, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que su derecho a la salud tiene el carácter de derecho fundamental autónomo.
- C.** El derecho a la salud como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido esencial. La Corte considera que existe un derecho fundamental a la salud como derecho Constitucional que funcionalmente está dirigido a lograr la dignidad humana y se traduce en un derecho subjetivo. Por consiguiente: puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, al derecho a recibir la atención de salud definidas en Plan Básico de salud, Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de salud Subsidiado, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas que emite el Comité de derecho Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo, claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los regímenes. La naturaleza del derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en términos de fundamento anterior implica que cuando se da una negación de un servicio médico o de procedimiento establecido en el POS, se estaría frente a la violación

---

determinada, consolidándose entonces (el deber asistencial) en una realidad concreta a favor de un sujeto específico”.

<sup>25</sup> Sentencia T- 491 de 1992. esta sentencia retoma el criterio establecido en la Sentencia T- 406 de 1992.

<sup>26</sup> Sentencia SU- 225 de 1998.

<sup>27</sup> Sentencia T- 850 de 2002.

<sup>28</sup> Sentencia T- 1081 de 2001, reiterada en la Sentencia T- 004 de 2002 y T- 111 de 2003.

de un derecho fundamental. No es necesario en este caso que exista una amenaza a la vida o a otro derecho fundamental, para poder cumplir con el primer elemento de procedibilidad de la tutela.

Al mismo tiempo, la jurisprudencia ha precisado que la amenaza de un derecho fundamental no es ser hipotética si no que implique la inminencia o proximidad del riesgo o una actualidad del mismo, una gravedad del riesgo, un grado de certeza y una posición subjetiva de impotencia del autor.

De otra parte, la mayoría de las acciones de tutela relacionadas con el tema de la salud tienen que ver con la negación por parte de las entidades del sistema de medicamentos o tratamientos que se encuentran excluidos en el POS. En otros casos aún cuando las prestaciones se encuentran dentro del POS, el paciente no ha cotizado en número de semanas necesarias para acceder a las prestaciones. Frente a estos dos casos, la Corte Constitucional ha establecido los siguientes criterios para fallar dentro de la tutela o para concederla: uno la falta de medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativo o no suministrada por no alcanzar el mínimo de semanas cotizadas, amenaza los derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la integridad personal o la dignidad del intensado. Dos se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el POS o que, pudiendo ser sustituido el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad se ha el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; tres el paciente realmente no puede pagar el costo del medicamento o tratamiento requerido y no puede acceder a él por ningún otro sistema o plana de salud y cuatro el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un medico adscrito por la Empresa Promotora de Salud a la cual se haya afiliado el demandante<sup>29</sup>.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha despertado muchas críticas, entre ellas, el alto costo de los tratamientos ordenados por vía de tutela para salvar pocas vidas, drena recursos que podían ser utilizados para ampliar la cobertura en salud de los mas pobres; que los jueces no tiene una visión de conjunto y terminan repartiendo los recursos de manera arbitraria y que las sentencias desconocen la necesidad de efectuar un debate democratizo sobre el alcance del derecho a la salud.

Al respecto, y como respuesta a las criticas debe tenerse en cuenta que la protección del derecho de la salud a través de la acción de tutela es

---

<sup>29</sup> Sentencias SU- 480n de 1997, T- 283 de 1998, T- 328 de 1999 y T- 329 de 1998, entre otras.

un desarrollo de la función judicial, y la función judicial involucra un elemento que debe ser garantizado en cualquier democracia: la independencia judicial; de allí que, como lo ha destacado Rodrigo Uprimny<sup>30</sup>, los jueces y en especial el juez constitucional, si bien debe valorar los posibles efectos de la decisión sobre un caso y preocuparse por las consecuencias financieras del mismo, el amparo no debe estar sometido a los problemas presupuestales cuando están en juego valores superiores consagrados en la Constitución.

En este sentido, la tutela del derecho a la salud es entonces necesaria para la democracia y el respeto de los estándares internacionales. Sin embargo, la exigibilidad judicial de este derecho debe ser un componente más, no solamente el principal, de la movilización por la garantía de salud integral para la población. Esta movilización debe interactuar con las instituciones que adopten las decisiones entorno a los diseños institucionales relacionados en la salud. Este protagonismo de las políticas públicas obligan a justificar una importante dimensión de la exigibilidad judicial del derecho a la salud: el control judicial de dichas políticas, aspecto que será analizado a continuación.

#### **4.1.1. EL CONTROL JUDICIAL SOBRE LAS POLITICAS PUBLICAS NO IMPLICA QUE LOS JUECES SE CONVIERTAN EN FORMULADORES DE LAS MISMAS.**

Como ha sido anotado anteriormente, cuando se habla del contenido mínimo esencial del derecho a la salud se hace referencia a un compendio normativo que no puede ser negociado por la mayorías, en este sentido, la sentencia SU- 225 de 1998 preciso que “Los derechos fundamentales de carácter prestacional tiene un doble contenido. En primer lugar se componen de un núcleo esencial mínimo no negociable en el debate democrático, que otorga derechos subjetivos directamente exigibles mediante la acción de tutela. En segundo término, se integran de una zona complementaria, que es definida por los órganos políticos atendiendo a la disponibilidad de recursos y a las prioridades políticas”. Dicho contenido limita a las ramas del poder público toda vez que en razón a él, los Estados tiene como mínimo, la obligación de garantizar los niveles esenciales del derecho y la obligación de adoptar medidas necesarias que permitan su desarrollo.

Al respecto, los pronunciamientos de la Corte han constituido un camino intermedio hacia la implementación de los estándares internacionales de derechos humanos en las políticas públicas. En efecto, el enfoque de protección dado al derecho a la salud a partir del contenido mínimo esencial es un modelo que les permite tanto al juez como al legislador desarrollar

---

<sup>30</sup> Rodrigo Uprimny, “Legitimidad y conveniencia del control Constitucional de la economía” en Germán Burgos (ED), independencia judicial en América Latina, Bogotá ILSA 2003.

sus competencias y enriquecerse a partir del control mutuo de sus labores. Lo que exige la Constitución a los órganos de control y a los jueces es que a través de sus decisiones no solo controlen sino que contribuyan a la armonización de intereses que subyacen a la consolidación de una política pública. En este marco existen diversos grados de intervención de la Corte Constitucional sobre políticas públicas, en el caso de la salud a través de la jurisprudencia con sede en la acción de tutela y en el marco del control constitucional de las leyes, reconoce una política pública de justiciabilidad de los derechos sociales. Estos criterios o precedentes jurisprudenciales tiene un carácter vinculante con la política pública, y en esto radica, el porque se presenta la exagerada cantidad de tutelas referentes con el derecho de salud, pues se desconoce la obligatoriedad de la jurisprudencia. Para esto se necesita garantizar la eficacia real de los fallos, de tal forma que no solo resuelvan casos específicos sino que transformen la realidad existente, en este sentido, se deben atacar los factores estructurales que explican el uso de este recurso para la solución de problemas que las instituciones competentes no han querido resolver.

#### **4.2. POLITICA PÚBLICA DE SALUD EN COLOMBIA.**

El diseño de la Política Pública tiene un papel fundamental en la garantía del derecho, en Colombia se ha observado que en la medida en que la política pública es insuficiente para la satisfacción plena del derecho deben entrar otros actores a proponer una visión garantista que generalmente entra en choque con los lineamientos de la política. En este orden de ideas se debe problematizar la visión que restringe a la política pública como un asunto exclusivo de la Administración Pública.

En primer lugar se ha observado la crítica que el Neoliberalismo ha hecho al modelo del Estado de Bienestar, cuando propone que los servicios de salud deben salir de la tutela de la administración estatal para ponerlos dentro del marco del mercado. En segundo lugar, los sectores progresistas han criticado al *asistencialismo* como la expresión de las políticas sociales que tiende a reducir los elevados índices de pobreza, pero que no tiene la pretensión de reestructurar el sistema general de prestación de la salud. Estas políticas de corte 'caritativo' se han conocido como Políticas de Focalización<sup>31</sup>.

Usualmente se ha definido al *asistencialismo* como el mecanismo que ha adoptado el Estado en diferentes momentos históricos ha sido fuertemente

---

<sup>31</sup> Las Políticas de Focalización son un punto más sobre el cual recae una fuerte discusión ya que bien pueden observarse como subsidios que no pretenden un desarrollo institucional o programático de la garantía del derecho y deben diferenciarse de criterios de discriminación positiva que contengan la propuesta de cambio estructural de las instituciones, orientadas por un criterio de equidad en la prestación del servicio.

criticado, pero se debe tener en cuenta que esta crítica se ha desarrollado en dos vías y que cada una responde a una intencionalidad política diferente.

En este sentido se deben diferenciar los escenarios de discusión de la política en Colombia, ya que el modelo adoptado por el Estado en materia de política pública de salud se ha caracterizado por promover este enfoque asistencialista, pero en la última década se ha acentuado el segundo enfoque gracias a la propuesta de la Ley 100 de 1993.

Para abordar el tema de la política pública de salud en Colombia, encontramos dos definiciones que orientan el análisis, una neoinstitucional que es la propuesta desde la Ley 100 de 1993, en donde se propone la prestación de los servicios de salud en manos de particulares (régimen contributivo) y un sector social reducido cobijado por las instituciones públicas, conocido como el régimen subsidiado que en la práctica del sistema de seguridad social mantiene la tendencia de tener menor cobertura frente al régimen contributivo, y una instrumental (propuesta desde la jurisprudencia brasilera y desarrollada por la Corte Constitucional en Colombia) en donde se pone a la política pública como una herramienta al servicio del desarrollo de los derechos. Esta propuesta parte de entender a los derechos como canales de maximización del bienestar para todos.

Las políticas públicas de colectivización del derecho a la salud o políticas masivas del mismo, han sido obstruidas en gran medida por el diseño mismo de la política, pero igualmente se ha criticado a la Corte Constitucional argumentado que su labor se ha encontrado encaminada más hacia la garantía individualizada del servicio a la salud y no ha promovido la garantía colectiva del derecho a la salud. Se critica que la retórica de la satisfacción individual de los servicios de salud posiblemente ha impedido una reformulación general de ésta política pública.

Uno de los aportes sustanciales de la discusión se refiere a que en el estudio de las políticas públicas que versan sobre categorías que entendemos como derechos sociales, en su análisis y evaluación, deben tenerse en cuenta las relaciones que existen entre éstas y los derechos subjetivos, los derechos humanos y los derechos fundamentales, con el objetivo de clarificar estos conceptos y las relaciones entre éstos para que se unifique la estrategia de garantía de los mismos. En este sentido surge la necesidad de la formulación de políticas públicas desde la perspectiva de derechos.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta para comprender la relación entre políticas públicas y derechos humanos es la necesidad de visualizar la ausencia de Políticas Públicas como un factor de violación de los derechos humanos, especialmente para los sectores vulnerados, es decir que tanto la acción positiva o de ejecución, como la negativa o de omisión del Estado en

el marco de su desarrollo por medio de políticas públicas pueden ser factores de violación de los derechos sociales.

Surge la necesidad de observar en una doble vía la definición de la salud en Colombia, ya que se ha evidenciado el debate entre dos posturas que no necesariamente son contradictorias. En primer lugar se debe observar a la salud como un derecho humano que permita su reconocimiento frente al Estado en su función de garante de condiciones mínimas para los ciudadanos. En segundo lugar la salud debe observarse también como un servicio público, en la medida en que el actor que se encuentre encargado de prestar servicios de salud no desconozca la corresponsabilidad a la que se hizo acreedor. Esta doble vía ha permitido argumentar la tutela del derecho a la salud entre particulares.

En este sentido se propone dentro de la discusión la necesidad de una visión complementaria entre los procesos de garantía individual y de garantía colectiva de la salud, teniendo en cuenta su perspectiva de derecho y ubicándola en el terreno de las políticas públicas, entendidas éstas como la formulación de obligaciones a las autoridades y su desarrollo dentro del programa político, expresado en el terreno legislativo y administrativo, pero que sobrepasan igualmente estos terrenos, en términos de que toda la acción institucional se encuentre encaminada a promover la garantía plena de los derechos sociales.

## **5. NUESTRA PROPUESTA: “REFORMA PARA MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA”.**

Con todos los fundamentos que hemos expuesto hasta aquí, es claro que con la implementación de la Ley 100 de 1993, se ha generado en Colombia una serie de ajustes, modificaciones e incluso cambios radicales en el modelo de la prestación del servicio de salud. En tal sentido las corrientes de reforma, promueven los siguientes aspectos, como puntos importantes para tener en cuenta en un posible cambio: que se articule la seguridad social a otros componentes sociales, es decir a la educación, a las políticas de empleo y de vivienda; que se proporcionen mecanismos de participación social en la seguridad social que correspondan a las nuevas concepciones de participación democrática consagradas desde la Constitución de 1999; y que se propicie a la población Colombiana a vivir en ambientes sanos y con estilos de vida saludables, para así prevenir futuras enfermedades y promover la salud.

Las reformas del sector de la salud se han centrado principalmente en cambios financieros, estructurales e institucionales del sistema de salud y en reajustes de la organización y administración de la atención de las personas; a lo largo de nuestra investigación hemos encontrado que existen menos intereses enfocados a reducir las inequidades en la condiciones de salud y en el acceso a la atención y su financiamiento. En la reducción de la desprotección social de salud; en el aumento de la eficacia; en la promoción de la calidad de la atención y en el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de la salud, es por esto que enfocamos nuestra propuesta a generar una reforma que realmente tenga en cuenta la salud de la población. Las reformas que se han realizado hasta hoy, se han realizado en un momento en el que el problema de la exclusión económica, social y cultural ha empeorado. Las actuales medidas de protección social en el ámbito de la salud consisten en sistemas de asistencia social y de seguridad social, las cuales no bastan para ser frente a los actuales y futuros problemas.

En consecuencia, se presenta una gran oportunidad para considerar en la nueva generación de reformas del sector la ejecución y la evaluación de mecanismos innovadores de ampliación de la cobertura de la seguridad social dirigidos hacia dichos grupos que no tiene capacidad contributiva para afiliarse a lo regimenes habituales de la seguridad social en salud. Se hace necesario implementar a nuevas políticas públicas que se apoyen mas en el capital social de los grupos excluidos y que se dirija a racionalizar los mecanismo de financiamiento y el gasto de bolsillo de la salud.

## 5.1. PROBLEMAS DEL ACTUAL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

A continuación trataremos puntualmente los problemas específicos que a nuestro criterio consideramos que deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de una verdadera reforma dirigida hacia el bienestar de la población Colombiana. Teniendo en cuenta el análisis realizado en el tercer capítulo, de esta tesis de grado, de la aplicación efectiva de los principios constitucionales de Universalidad, Eficiencia, Solidaridad en el SGSSS:

- *Solidaridad Insuficiente:* La alta evasión, el aumento de las tutelas para inaplicar los periodos mínimos de cotización, entre otros factores, reduce la solidaridad en tanto que la población solo se afilia en el momento de usar el servicio; a demás, persisten varios subsistemas desarticulados con regimenes especiales para entidades y algunas universidades.
- *Ineficiencia Financiera:* Se origina tanto en la mala gestión del recaudo de las diferentes fuentes de financiamiento del sector como en el uso de las mismas; por ejemplo la evasión de los recursos parafiscales por la inaplicación de la Ley 828 especifica sobre el tema y por la inadecuada inarticulación de las autoridades de control encargadas de este asunto; inadecuados mecanismos de control; falta de orden contable en el sector hospitalario y la EPS; falta de planeación de la inversión y el gasto y falta de coordinación en los diferentes niveles de la administración descentralizada. La carencia de buenos sistemas de información tanto de nivel de vigilancia como de información de la población inscrita en las EPS y ARP no permite hacer una correcta vigilancia y control de la forma como los recursos de salud se están invirtiendo en el país, considerándose como problema principal el alto costo de la administración de la EPS, ARS y ARP y el complejo flujo entre que el momento que los dineros son girados por el ministerio y el FOSYGA y al momento en que llegan a las IPS.
- *Ineficiencia en la Prestación del Servicio:* Por la falta de planeación, ausencia de la inversión en algunas áreas del servicio; inadecuada dotación y mantenimiento; especialidades no reglamentadas; baja capacitación, ubicación inadecuada del recurso humano por falta de incentivos; elevados costos en medicamentos, falta de racionalidad en el uso de los mismos.
- *Deficiencias en el Modelo de Atención:* A sido difícil desplazarse del modelo curativo al modelo preventivo como ya se ha venido explicando.
- *Falta de Transparencia:* por la misma deficiencia en la organización de los sistemas de información requeridos hacia el mercado, el usuario y las autoridades; deficiencia en las reglas de protección al consumidor y en las reglas que propenden al cuidado de la salud, deficiencia de las reglas de la sana competencia del mercado del sector y deficiencia de los sistemas de supervisión.
- *Equilibrio UPS- POS:* En desafío para las EPS es prestar el Plan Obligatorio de Salud (POS), con unos recursos algunas veces escasos, con niveles adecuados de calidad. No se puede obligar a que las EPS respondan por cualquier medicamento o procedimiento esté o no en el

Plan Obligatorio de Salud, desconociendo los mínimos criterios de equilibrio financiero.

- *POS Sin Límites:* Es importante defender la tutela como un instrumento de defensa que tiene el usuario del sistema, pero no se puede permitir que se convierta en un instrumento para evadir las responsabilidades para con el mismo. Las pretensiones relacionadas con el levantamiento de los periodos mínimos de cotización o con la atención en caso de mora preocupan porque están amparando derechos de personas que no cumplen con sus obligaciones, es decir que los que pagan terminan financiando a lo que no pagan, en este orden de ideas se rompe el principio de solidaridad.
- *Crisis Económica y la Viabilidad del Sistema:* La crisis económica ha reducido los ingresos de los trabajadores, generando una tendencia deficitaria, ya que la estructura del sistema se fundamenta en la capacidad de pago de sus usuarios. El problema de la tendencia deficitaria tiene que ver más con las condiciones de empleo y los salarios de la economía y no con la participación o no del Instituto de los Seguros Sociales en la compensación.
- *Falta de Compromiso Político con el Régimen Subsidiado:* Aún en el país no ha logrado definir el sistema que se necesita para atender a la población menos beneficiaria. Sería ideal que se empleara el esquema de aseguramiento que existe en el subsidiado pero no se sabe que hacer con aquellos hospitales públicos que no son tan eficientes para sostenerse por sí mismos.

## **5.2. NUESTRA PROPUESTA. “HACIA UNA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÓN COLOMBIANA”.**

En la última década se han producido, no solamente en Colombia si no en todo el mundo, numerosos esfuerzos encaminados a introducir cambios en la organización y el financiamiento dentro de los sistemas de la salud. Estos cambios, conocidos como “Reformas del Sector de la Salud”, han sido sumamente diversos que por lo general forman parte de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países y de la tan nombrada modernización del estado, tal como hemos venido explicando. Atendiendo a las recomendaciones o estándares internacionales realizados por las diferentes organizaciones de orden mundial, como son la OMS, la OPS, la Naciones Unidas entre otras los Estados han orientado sus políticas de salud hacia una salvaguardia del derecho de la salud, entendido este como un derecho y no como un servicio. Con base en los estudios y planteamientos realizados en esta tesis de grado, proponemos una reforma con un sentido y una dirección que ofrezca oportunidades a los excluidos, cubrir a los mas necesitados y corregir las fallas de equidad que hoy existen en materia de salud, de acceso a los servicios y financiamiento del sector.

En el marco del Consejo Directivo de la organización Panamericana de la Salud, se produjeron debates sobre el estado de la reformas que se estaban

llevando en curso en los gobiernos miembros de la organización y se definieron cinco principios rectores de las reformas del sector de la salud los cuales deberán guiar las informaciones y servir de base para su seguimiento y evaluación, estos principios son: Equidad, Efectividad y Calidad, Eficiencia, Sostenibilidad y Participación Social. Aunque muchas reforma emprendidas se hayan tenido en cuenta como referencia estos principios, no a habido consenso ya que en algunas reformas ha habido oposición frente alguno de estos principios; la propuesta ideal sería entonces la búsqueda de un consenso entorno a estos principios.

En una perspectiva nueva y con miras a una nueva generación de reforma, deben tenerse en cuenta los problemas que han generado a través del tiempo la aplicación de la Ley 100 de 1993 en Colombia y de ahí reorientar en sistema hacia una transformación del mismo atendiendo a nuevos objetivos y dándole prioridad a lo que realmente merece, sin perjuicio de los logros alcanzados por el sistema actual.

A nuestro juicio probablemente la reforma mas importante que se debe hacer para introducir mejores condiciones en la cobertura y calidad de los servicios, están en aumentar los fondos destinados al régimen subsidiado, mediante los siguientes mecanismos: Primero: elevando los aportes del régimen contributivo, es decir estableciendo un aporte proporcional a las personas de mayores ingresos, eliminando el tope del 20 salarios mínimos en el ingreso base de cotización. Con esta medida el sistema permitiría la realización efectiva del principio de solidaridad y eficiencia; Segundo: Incorporar los regímenes especiales en salud a la financiación del modelo de aseguramiento; Tercero: modificar el sistema de recaudo de los aportes, estableciendo la cuenta única de recaudo, en forma tal que se eviten las demoras de las EPS en los procesos de compensación; Cuarto: perfeccionar el Sisben, fortaleciendo sus estructura, revaluando sus funciones esenciales y evaluando subprocesos y resultados, para evitar la exclusión o inclusión indebida, y Quinto: excluir del presupuesto general de la nación los recursos en el Fondo de Solidaridad y Garantía de salud, para que se dediquen en manera exclusiva, al apoyo y ampliación del régimen subsidiado.

La propuesta estaría orientada a mejorar la calida de los servicios, eliminando la posibilidad de que las EPS sean socias directas o indirectas, de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, a fin de estimular la libre competencia del mercado del sector; y una regulación precisa para verificar la eficiencia técnica de los servicios técnicos con la creación de un tribunal que pueda imponer sanciones a las EPS y pueda decidir en los casos que la situación así lo requiera, descongestionando así al juez constitucional. A demás parece que es necesario una reducción y una calificación técnica de los intermediarios que operan en el sistema para cerrar todas las puertas a las actividades claramente ilegales y disminuir los costos especialmente en el régimen subsidiado, como se ha contemplado entre otros aspectos por el proyecto de ley presentado por el gobierno.

En síntesis nuestra propuesta prevé seis ejes fundamentales en los futuros cambios dentro del sistema de seguridad social de salud en Colombia:

1. Fortalecer la infraestructura, las funciones esenciales y la práctica de la salud pública así como la evaluación de sus procesos y resultados: con esto buscamos que se oriente el sistema hacia un esquema de aseguramiento, donde toda la población nacional goce y se privilegie de la prestación de los servicios tendientes a mantener y mejorar el derecho a la salud. Con la asignación de recursos al nivel nacional directamente al Ministerio de Protección Social ya que este es el que se encarga de dictar las políticas del sector de la salud, es decir abordar esas reformas dirigidas hacia la descentralización de los recursos, puesto que esta visto que no se han distribuido en lo referente al cumplimiento del derecho de la salud, por la autonomía administrativa que tienen los departamentos y los municipios. Por su parte, las direcciones departamentales no realizan seguimiento en forma sistemática a la ejecución de los planes y acciones de salud pública de los municipios, lo mismo sucede con la supervisión y el control de la gestión que debe ejercer sobre las EPS y ARS que funcionan en cada territorio, a demás las interventorías no ejercen a cabalidad su tarea de vigilar el cumplimiento y la calidad de los bienes y servicios que se contratan. Reestructurar las políticas de salud orientándolas hacia el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho y no como un servicio. Así mismo fortalecer los entes de vigilancia y control del sistema, otorgándole facultades de sancionatorias frente a los agentes que violen los principios o parámetros establecidos dentro de las normas internacionales, constitucionales y del sistema. El gran reto para este ente es el compromiso político con la reforma y con el financiamiento suficiente para garantizar realmente el derecho a la salud de la población pobre. A demás, se requiere el diseño y operación de un adecuado sistema de información y la definición de un plan único de cuentas de las EPS, para poderle exigir cuentas.
2. Fortalecer la función rectora de las autoridades de salud: retomando el punto número uno, consideramos que es necesario la creación de un tribunal encargado de velar por que se cumplan las funciones rectoras establecidas en las leyes, para dar especial protección a la seguridad social y la salud, otorgándole a este órgano funciones judiciales, para que este decida e imparta justicia en temas relacionados con la salud, así realizando una labor conjunta con la Corte Constitucional, para proteger las violaciones antes mencionadas. Atendiendo a la lógica de establecer un plan único de cuentas a las EPS, este Tribunal deberá medirle los resultados para saber si son eficientes contribuyendo realmente con los resultados en salud. No debe asustar la evaluación. Si hay EPS malas que se cierren, ya sean públicas o privadas. Reestructurar específicamente la función de rectoría del sistema que ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ya que este se encarga de la administración del FOSYGA, regula los regímenes

contributivo y subsidiado, define el POS y los medicamentos esenciales que hace parte del mismo, el monto de la cotización y el valor de la UPC. El gobierno nacional y el Ministerio de Protección Social según nuestra propuesta, debe dictar las políticas, los planes y programas que la CNSSS, deberá regular y vigilar dentro del sistema, es decir exigirle a este órgano que actúe bajo ciertos parámetros de transparencia, ya que este tiene a su arbitrio la dirección general del aseguramiento en Colombia. Dentro de la reestructuración del CNSSS consideramos, que se le deben quitar la función de definir el POS, el monto de las cotizaciones y el valor de la UPC otorgándoselas al Tribunal anteriormente referenciado, ya que estas funciones consideramos que hacen parte de la regulación y aplicación del sistema en cumplimiento de los principios constitucionales consagrados en la Ley 100 de 1993.

Para obtener mayor claridad sobre este punto trataremos de definir las funciones que a nuestro criterio le corresponderían exclusivamente al Ministerio de Protección Social, teniendo en cuenta, que nuestra propuesta va dirigida al bienestar de la población Colombiana:

- A.** Este órgano tiene la obligación de formular y adoptar las políticas de salud pública emitidas por las instituciones mundiales de la salud, convirtiéndolas en estrategias del sistema general de seguridad social de salud, atendiendo también al Plan de Desarrollo aprobado por el Congreso de la República, de acuerdo al gobierno que este regente. Estas políticas de salud pública deben dirigirse al mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades, y al cubrimiento total de la población, esto es dirigir el sistema hacia un aseguramiento de la población indistintamente de su capacidad económica.
- B.** Debe dictar las políticas de salud a nivel nacional, restringiendo la autonomía financiera de los entes territoriales, respecto del recaudo e inversión en salud, destinando el porcentaje recaudado por los impuestos cobrados por rifas, juegos y espectáculos, correspondientes a las industrias productoras de alcohol y tabaco, al sostenimiento financiero del sistema. Invertir en la reestructuración y construcción hospitales en las áreas geográficas donde no existe aún acceso al derecho de la salud. Así mismo este órgano, deberá dictar las normas científicas sobre la calidad de los servicios, las cuales deberán ser muy exigentes; y el control de los factores de riesgo, los que son de obligatorio cumplimiento por las EPS, IPS y Entes Territoriales.
- C.** Debe expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por las EPS, IPS. Dichas normas deberán ser claras y taxativas, para evitar interpretaciones inequívocas por parte de los agentes integrantes del sistema. Así mismo reglamentar y restringir las asociaciones o participaciones entre las EPS y las IPS.
- D.** Debe formular y aplicar los criterios que serán empleados en las evaluaciones de eficiencia a las EPS e IPS. Estos criterios

estarán dirigidos para que los agentes del sistema cumplan sin excepción con los principios y reglas emitidos por el ministerio y la ley. De igual manera estos criterios serán evaluados semestralmente por el Tribunal encargado de dicho fin. Esto con el fin de evitar el mal funcionamiento y la deficiente prestación de los servicios dentro del sistema.

E. Si se llegase a crear un Tribunal de Protección Social de la Salud, con las características antes expuestas, estaría éste bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y el Ministerio de Protección Social. El Ministerio deberá formular las directrices de este Tribunal y otorgarle las funciones de vigilancia y control de calidad de la prestación de servicios dentro del sistema, permitiéndole ha éste la evaluación de las EPS e IPS, y la imposición de las sanciones que requieran el incumplimiento de los criterios de evaluación formulados por el Ministerio.

3. Ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr el acceso universal a los servicios independientemente de la capacidad individual de pago: Lo que realmente importa en esta reforma es el usuario, independientemente de su capacidad de pago, al eliminar el tope de los 20 salarios mínimos en el ingreso base de cotización, y elevando los aportes del régimen contributivo, es posible que se establezca el sistema y se consiga la realización del principio de equidad. Con las políticas de salud pública emitidas por el Ministerio de Protección Social de restricción financiera de los entes territoriales, obteniendo el control central de la inversión y redistribuyendo los ingresos entrados a la nación por el cobro de los impuestos al tabaco y al alcohol entre otros, a la construcción de hospitales y centros de salud en áreas geográficas donde aún no hay acceso a la prestación del servicio de la atención del derecho de la salud; con esto se pretende ampliar la protección social en el campo de la salud y conseguir un cubrimiento universal.
4. Propiciar la reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que imprimen a los modelos de atención las modificaciones necesarias para que presten servicios con mayor integralidad y mayor énfasis en esos dos aspectos: En este sentido lo que se busca es velar por que la salud de la población colombiana se mantenga en condiciones de vida digna, esto entendido como el cubrimiento total de todas las necesidades básicas del ser humano; en el sentido que nos ocupa la salud hay que manejarla desde un punto de vista colectivo e individual. Desde el punto de vista colectivo le corresponde al Estado en este caso, por intermedio del Ministerio de Protección Social y su estructura orgánica velar por la promoción de las políticas de prevención de enfermedades y proporcionarle a la comunidad las condiciones mínimas para que éstos vivan en un ambiente sano. Por esto le corresponde al Gobierno Nacional y al Ministerio de Protección Social capacitar y financiar el sistema, invirtiendo en este sentido en tecnología, capacitación del

personal de la salud, mantenimiento de hospitales y propagando campañas de salud pública. Desde el punto de vista individual le corresponde al Estado alcanzar la cobertura universal propuesta en la Ley 100 de 1993, para que ninguno ciudadano sea excluido del sistema; lo anterior se logra con la reestructuración del mismo, y la fijación de políticas claras de salud pública dirigidas al beneficio del usuario y no de los agentes del mercado de la salud, atendiendo a los principios de un Estado Social y Democrático de Derecho.

5. Mejorar la calidad de la atención: Esta premisa es el eje conductor de nuestra propuesta de reforma del sector de la salud. Para mejorar la calidad de la atención es necesario lo siguiente: Primero focalizar las áreas en donde no hay acceso a los servicios de salud, para invertir en estos puntos en la construcción de hospitales o centros de salud, o si no en el recurso humano profesional para que estos por medio de brigadas o campañas de salud, promuevan la prevención de enfermedades o las condiciones de una vida saludable. En esta propuesta se busca que el nivel central retome las funciones de definir las políticas, preste asesoría, lleve a cabo la vigilancia y el control del sistema, en este sentido le corresponde a los departamentos adoptar y adaptar dichas políticas, y dar esas asesorías, a demás de realizar la vigilancia y el control de los municipios, para que estos conjuntamente planifiquen y ejecuten los programas de prevención y de control integrados dentro del Plan de Atención Básica. Debido a la persistente inequidad en el sistema en la distribución de los recursos en salud, debido a los altos costos que existen en el sistema, hay que seguir con las medidas de contención de costos, limitando en algunas ocasiones las dotaciones del personal, cuando sea innecesarias, la creación de alternativas para la atención hospitalaria, haciendo una normatización y seguimiento de las practicas medicas, regulando el precio de algunos insumos básicos, pero la mas importante según nuestro criterio es la de fomentar la salud y la prevención de las enfermedades, a través de campañas masivas orientadas a disminuir los factores de riesgo, como por ejemplo las campañas de vacunación, las campañas publicitarias, entre otras; con esto se consigue que haya una disminución en la ocurrencia de enfermedades. En síntesis es necesario tener muy claro que el sistema de salud tiene la obligación de maximizar su función objetivo: contribuir de la mejor manera al nivel de la salud de la población, esta maximización implica que la cadena de agentes entre el FOSYGA y el usuario final debe estructurarse de tal manera que cada agente agregue el mayor valor posible, independientemente de cuantos agentes haya en la cadena.
6. Impulsar la participación y el control social en los diferentes niveles del sistema de salud: Como la propuesta va dirigida hacia el bienestar de la población Colombiana, con éste criterio lo que se busca es que el usuario del sistema se convierta en un agente regulador y participativo del mismo es decir que por medio de su colaboración se consiga junto con los órganos estatales encargados de tal fin controlar el correcto funcionamiento según las políticas públicas de salud de los agentes

prestadores de los servicios del sistema. Si se impulsa la participación de la población dentro de la salud también se podrían capacitar a ciertos grupos, como por ejemplo movimientos políticos, líderes estudiantiles, universidades entre otros para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, aumentando así los recursos humanos profesionales en el sistema ampliando de esta manera la cobertura y el acceso del mismo.

El desafío consiste en poner en práctica dichas estrategias y lograr un amplio consenso entre todos los actores sobre la importancia de su inclusión en la próxima generación de reformas del sector de la salud. Ello implica redefinir de manera equitativa y solidaria la forma como nuestra sociedad responde institucionalmente a las diferentes necesidades de salud de las personas y de la comunidad, con criterios centrados en la salud de la población y en el bienestar de las personas, más que en el mercado y la eficiencia económica.

## BIBLIOGRAFIA.

- ABEL, Ch. (1996) *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, CEREC.
- ABELLO, M. (1942) "Sección editorial". *Revista de Medicina y Cirugía* (Barranquilla), IX (4), Abril: 7-8.
- ACODAL/OPS-Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental/OPS (2002) *Conversatorio a cargo de Manuel Vega y Diego Barbosa*, Bogotá, 3 de septiembre. (Inédito).
- AGUDELO, C. (1992) "Un nuevo sistema de salud. El reto del siglo XXI". En: Cárdenas, M.E. y Olano, G. (Coord.) *Reforma de la seguridad social en salud*. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona: 111-135.
- (2000) *Comentario sobre el Informe de la OMS-2000*. Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (Inédito).
- ALONSO, L.E. (1999) *Trabajo y ciudadanía. Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid: Trota, Fundación 1º de Mayo.
- ANDERSON, P. (1997) "El despliegue del Neoliberalismo y sus lecciones para la izquierda". En: Vega, R. (Ed.) *Marx y el siglo XXI. Una defensa de la historia y del socialismo*. Santafé de Bogotá: Pensamiento Crítico: 353-369.
- ANDRADE, J. (1973). "Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 7 (3-4): 253-264.
- ARIAS RAMÍREZ, J. (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jinneth Hernández*. Bogotá, 9 de Mayo.
- ARCINIEGAS, G. (1989) "Eduardo Santos". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 349-372.
- ARDILA, M. (1991) *¿Cambio de norte?* Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI; Tercer Mundo.
- ARRIGHI, G. (1999) *El largo siglo XX. Dinero y poder en los orígenes de nuestra época*. Madrid: Akal.
- ASCOFAME-Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1964) "Resumen de las conclusiones y recomendaciones de la Asamblea". *Medicina y Desarrollo Social*. Bogotá: ASCOFAME, Tercer Mundo: 297-301.
- (1974). *Seminario sobre Objetivos de la Educación Médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME.
- BM-BANCO MUNDIAL (1975) *Salud: documento de política sectorial*. Washington, D.C.: BM.
- (1987) *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Washington, D.C.: BM.
- (1987a) "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". *Boletín de la OSP*, 103 (6), diciembre: 695-709.
- (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud*. Washington, D.C.: BM.
- BARRENECHEA, J.J. y TRUJILLO, E. (1987) *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: OPS/OMS, Facultad Nacional de Salud Pública.

- BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. (1995) *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una agenda para la reforma del sector salud*. Washington, D.C., Septiembre 29-30.
- BRAVO, A.L. (1972) "Sistema Nacional de Salud". En: OPS/OMS. *Sistemas de salud*. Publicación Científica N° 234. Washington, D.C.
- BUSHNELL, D. (1984) *Eduardo Santos y la política del Buen Vecino*. Bogotá: El Áncora.
- Bustamante, R. (1988). "Empleo y Desempleo médico. Aportes para la reflexión crítica". *Revista Colombiana de Educación Médica* (Bogotá).
- CÁCERES, P. (1989) *Crítica constitucional. Del Estado liberal a la crisis del Estado providencial*. Bogotá: Banco de la República.
- CALDERÓN MOLANO, V. (1971) *Programa de erradicación de la viruela en Colombia*. Bogotá (Inédito).
- CALI SSM-SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL (1992) *La Municipalización de la Salud en Cali*. Santiago de Cali - Colombia.
- CAMPO POSADA, A. (1937) "Informe de las labores desarrolladas por la Sección de Sanidad del Departamento Nacional de Higiene y sus dependencias en el país". En: Velasco Cabrera, B. *Informe General del Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministro de Educación*. Bogotá: El Gráfico: 11-39.
- CAÑÓN ORTEGÓN, L. (1988) *Una Visión Integral de la Seguridad Social*. Vol. 1. Bogotá: Ediciones Proa.
- CARVAJAL PERALTA, A. (1952) *Memoria del Ministro de Higiene al Congreso Nacional 1951*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- CARRASQUILLA, G. (2002) *Intervención en el conversatorio sobre la cooperación OPS-Estado Colombiano desde una perspectiva regional*. 5 de junio, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali. (Inédito).
- CASTELLANOS, J. (2002) *Entrevista realizada por Román Vega Romero y Jineth Hernández Torres*. 2 y 8 de Mayo, Bogotá. (Inédito).
- CASTRO, J. (1986) "Reforma política 1982 - 1986". *Economía Colombiana*. (182), Junio: 16 - 20.
- CATAÑO, J.F. (2001) "¿Por qué el predominio de la teoría neoclásica?. *Cuadernos de Economía*, XX (34): 281-291.
- CAVELIER, J.E. (1949) *Memoria del Ministro de Higiene*. 2 Tomos. Bogotá: Imprenta Nacional.
- CHILD, J. (1992) "El proyecto social neoliberal". En: Estrada, J., Gualdrón, J. (Comp.) *Rompiendo la corriente. Un debate al neoliberalismo*. Santafé de Bogotá: Centro de Estudios e Investigaciones Sociales: 207-244.
- COLMENARES, G. (1989) "Ospina y Abadía: la política en el decenio de los veinte". En: Tirado Mejía, Á. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 243-268.
- COLOMBIA ANC-ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE (1908) "Proyecto de ley por la cual se aprueba una Convención Sanitaria". *República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha, 1908*: folios 347-350.
- (1908) "Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores de la Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa de 1908 que discute el proyecto de ley por la que se aprueba la Convención Sanitaria de Washington". *República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha, 1908*: folios 351-354.

COLOMBIA CNPEP-CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y PLANEACIÓN (1960). *Colombia. Plan cuatrienal de inversiones públicas nacionales. 1961-1964*. Bogotá: Imprenta Nacional.

COLOMBIA DNP-DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (1980) *Plan de Integración Nacional, 1979-1982*. 2 tomos. Bogotá: DNP.

(ca.1982) *Cambio con Equidad, 83-96. Plan Nacional de Desarrollo*. s.c.: DNP.

(1987) *Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social, 1987-1990*. S.c.: DNP.

(1991) *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: Editora Géminis.

COLOMBIA MS-MINISTERIO DE SALUD (1976) *Sistema Nacional de Salud. Manual general de organización*. Vol 1. Bogotá: MS.

(1978) *Informe al Honorable Congreso de la Republica de Colombia 1974-1978*. Bogotá: MS.

(1980) *Salud para todos en el Año 2000. Estrategias formuladas por el Ministerio de Salud de Colombia*. Bogotá: MS.

(1981) *Informe al honorable Congreso de la República*. 2 Tomos. Bogotá: MS-Instituto Nacional de Salud.

(1983) *Memoria al Congreso. 1982-1983*. Bogotá: MS.

(1983a) *Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI. Aspectos Generales*. Bogotá. (Inédito)

(1991) *La Revolución de la Salud*. Santafe de Bogotá: MS.

(1992) *Salud para todos. Memorias 1991-1992*. Santa Fe de Bogotá: MS.

(1994) *La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 3: Anexo documental*. Santafé de Bogotá: MS.

(1995) *Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA. Plan Intersectorial a mediano plazo para la prevención y control de las ETS/VIH/SIDA. Reporte de Actividades 1994. Programación 1995*. 2ª ed. Santafé de Bogotá, D.C.: MS.

(1996) *Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 1996-1999. (Documento Preliminar)*. Santa Fe de Bogotá. (Inédito).

(1998) *Municipios Saludables por la paz*. Bogotá. (Inédito).

(1998a) *Informe de Actividades 1997-1998 al Honorable Congreso de la República*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

(2000) *Proyecto CARMEN Colombia. Resumen Ejecutivo*, Bogotá, mayo. (Inédito).

COLOMBIA MS/ACOMSAP (1990) *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Memoria Analítica de la Ley 10 de 1990*. 2 Vols. Bogotá: MS/ACOMSAP.

COLOMBIA MS/DCD-MINISTERIO DE SALUD / DIRECCIÓN DE CAMPAÑAS DIRECTAS (1978) *El programa de Malaria en Colombia, 1979-1982*. Bogotá. (Inédito).

(1982) *Estratificación epidemiológica, focalización cuantitativa y estudio de localidad del SEM. Grupo interdisciplinario*. Agosto 11, Bogotá. (Inédito).

(1984) *Informe país. Grupo de Trabajo para el desarrollo de Programas de Prevención y Control de la malaria y otras ETV en países del área Andina, 28-30 de noviembre, 1984*. (Inédito).

(1985) *Seminario Taller Focalización y Planeación Estratégica Focal en el control de la malaria*. Bogotá. (Inédito).

- (1986) *Informe del Director de Campañas Directas*. Octubre 3. Bogotá, (Inédito).
- (1989) *Informe de la XV Reunión de los Jefes de Zona del Servicio de Erradicación de la Malaria de Colombia, Bogotá, 13-16 de diciembre de 1988*. (Inédito).
- COLOMBIA MS/DAM/DMIDP-MINISTERIO DE SALUD / DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA / DIVISIÓN MATERNO INFANTIL Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN (1985) *Evaluación y proyecciones de la cooperación UNFPA-OPS/OMS* (Título adjudicado, documento inédito, primer borrador).
- (1988) *Diagnóstico de salud reproductiva en Colombia*. S.c.: (Inédito).
- Colombia MS/DPC-Ministerio de Salud / Dirección de Participación de la Comunidad (1977) *Componente de participación de la comunidad en el SNS: niveles de atención*. Bogotá. (Inédito).
- (1981) *Plan nacional de participación de la comunidad en Atención Primaria de Salud*. Bogotá. (Inédito).
- (1985) *Plan de participación de la comunidad en salud*. Bogotá. (Inédito).
- COLOMBIA MS/ME/ICBF/OPS/UNICEF-MINISTERIO DE SALUD/MINISTERIO DE EDUCACIÓN/ INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (1999) *Escuela Saludable (lineamientos)*. Bogotá. (Inédito).
- COLOMBIA MS/OPS-MINISTERIO DE SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1982) *Evaluación del PAI*. Bogotá. (Inédito).
- (1988) *Resultados de la Investigación y de la Encuesta Nacional sobre Participación de la Comunidad*. Informe presentado por Margarita Hurtado de la Vega-Consultora OPS. Bogotá (Inédito).
- (1991) *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*. Serie Debate N° 1. Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.
- (1992) *Desarrollo del sistema de salud en Colombia*. Serie Debate N° 2. Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.
- (1992a) *Planeación Local de la Salud*. Santa Fe de Bogotá: MS/OPS.
- (1992b) *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santafé de Bogotá: MS/OPS.
- (ca.1992) *Municipios Saludables*. S.c.: MS/OPS.
- (1994) *Programa Nacional de Prevención y Control de la ETS-VIH/SIDA. Plan intersectorial a mediano plazo (1994-1996)*. Santafé de Bogotá, D.C. (Inédito).
- (1996) *Recursos humanos en salud y proyecciones a corto y largo plazo, Colombia 1994-2000-2024. (Resumen Ejecutivo)*. Bogotá. (Inédito).
- (2000) *Lineamientos de Política para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles -ECNT. Documento preliminar de trabajo*. Bogotá. (Inédito).
- (2001) *Evaluación integral del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: MS/OPS.
- COLOMBIA MS/UNFPA/OPS/OMS-MINISTERIO DE SALUD / FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES SOBRE POBLACIÓN / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989) *Atención materno infantil y planificación familiar en áreas críticas (Proyecto Col.88/P01)*. Septiembre. Bogotá. (Inédito multicopiado).

Colombia MS/SEM (1979) *Evaluación del programa de Malaria. Abril de 1979.* (Inédito).

(1979a) *Informe del Director a la III Reunión de Directores de SNEM de las Américas, México, Marzo-1979.* (Inédito).

COLOMBIA MSP-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1960) *Campaña de Erradicación de la viruela.* (Inédito, policopiado).

(1960a) *El problema de la tuberculosis y su repercusión sobre la economía de la nación.* (Inédito).

(1961) *Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública - 1962 a 1971- en desarrollo de la Alianza para el progreso.* Bogotá. (Inédito).

(1963) *Papel del personal de saneamiento en el mejoramiento de la vivienda.* Bogotá: MSP.

(1965) *Seminario nacional para inspectores de saneamiento.* (inédito).

(1965a) *Programa de saneamiento básico rural y bienestar rural. Manual de procedimiento a seguir en el proceso de desarrollo comunal.* Bogotá: MSP, División de Saneamiento Ambiental.

(1966) *Integración de los servicios de salud y asistencia pública.* Bogotá: Ministerio de Salud Pública.

(1967) *Codificación Sanitaria Nacional,* Bogotá. Ministerio de Salud Pública.

(1969) *Informe General de Actividades, División de Campañas Directas, Servicio Nacional de Erradicación SEM.* Ministerio de Salud Pública.

(1972) *Rediseño del Sistema Nacional de Salud. Documento RSSC3.* Bogotá (Inédito, policopiado)

(1975) *Plan Nacional de Salud. Primera Fase. Nivel Local.* Documento de trabajo (Inédito).

(1975a) *Desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Plan Nacional de Salud. Primera Fase-Nivel Local. Módulo Anual de Cobertura (MAC-1).* Documento Oficial, ISNS-11. (Inédito).

(1975b) *Área crítica de recursos humanos.* Anexo N° 9 al documento ENSP - 1. Ejemplar para las discusiones del Primer Encuentro Nacional para la Planificación del Sector Salud. Marzo 31. Bogotá. (Inédito).

COLOMBIA MSP/DNS-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA / DIVISIÓN NACIONAL DE SALUBRIDAD. (1960) *Análisis Histórico de las Transferencias, Inversiones y Gastos.* (Inédito).

COLOMBIA MSP/OCE-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA / OFICINA DE COORDINACIÓN EJECUTIVA. (1960) *Informe de Labores Programa Colombia-4. Plan Piloto, 1957-1960.*

COLOMBIA MSP/SCISP-MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA / SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD PÚBLICA, UNITED STATES OPERATIONS MISSION TO COLOMBIA, HEALTH AND SANITATION. (1956) *Informe de la conferencia sobre cooperación técnica bilateral en Salud Pública en Colombia,* Bogotá, 27 de enero - 10 de febrero de 1956. (Inédito).

COLOMBIA MTSS/ISS-MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL / INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (1984) *Decretos extraordinarios.* 2ª ed. Bogotá: ISS.

COLOMBIA PR-PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1963) "Decreto Extraordinario N° 3.224 sobre asistencia pública". *Diario Oficial,* N° 31.265.

(1988) *Reforma constitucional. Documentos.* Bogotá: PR-Imprenta Nacional.

(1989) *Hacia una nueva Colombia. La política de reconciliación, normalización y rehabilitación. Historia de un proceso.* Vol. I. Bogotá: Consejería Presidencial

para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación-Imprenta Nacional de Colombia.

(1989a) *El camino de la paz. Historia de un proceso*. Vol. II. Bogotá: Consejería para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación-Imprenta Nacional de Colombia.

Colombia PR/DNP-Presidencia de la República/Departamento Nacional de Planeación. (1991) *La revolución Pacífica. Modernización y apertura de la economía*. Vol. I. Bogotá: DNP.

COLOMBIA, REPÚBLICA DE (1922) "Ley 99 de 1922 (diciembre 7) 'Por la cual se adicionan las leyes sobre higiene pública'." *Leyes Autógrafas*, 1922, fl. 514-576.

(1986) "Ley 76 de 1985 (Octubre 8) 'Por la cual se crea la región de planificación de la Costa Atlántica, se dictan otras disposiciones sobre planificación regional y se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República'." *Economía Colombiana*, Separata N° 9, junio: 20-22.

(1988) *Proyecto. Apoyo al proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en el municipio de Cali*. S.c. (Inédito).

(1988a) *Proyecto. Apoyo al proceso de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud en el municipio de Medellín*. S.c. (Inédito).

(1991) *Constitución Política de Colombia*. S.c.: Presidencia de la República, Consejería para la Modernización del Estado.

(1993) "Ley 100 de 1993 'Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones'." *Diario Oficial*, jueves 23 de diciembre, Año CXXIX, N° 41.148: 1-37.

COLOMBIA, SENADO (1931) "Informe de la Comisión que estudió el proyecto de ley 'por la cual se aprueban el Código Sanitario Panamericano, firmado en la VII Conferencia Panamericana de La Habana, y el Momorándum de interpretación del mismo y Protocolo adicional aprobados en la VIII Conferencia Panamericana de Lima'." *Anales del Senado*, Serie 10ª, N° 242 y 243, viernes 13 de marzo: 1894.

CONCHA y VENEGAS, J.A. (1960) *Informe del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria -SEM-, campaña directa del Ministerio de Salud Pública*.

CSI-CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL (1920) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

CSP-CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA (1927) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

(1954) *Resoluciones*. En: <http://www.paho.org/spanish>.

CUETO, M. (1996) "Los ciclos de erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940". En: *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud.

DÍAZ URIBE, E. (1990) "Sistema Nacional de Salud y la política de atención primaria". En: FES-Fundación para la Educación Superior. *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. S.c.: FES: 17-31.

ESGUERRA, R. (ca.2000) "Reportaje". *Salud Colombia*, Edición 45. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud45/report45.htm>

FEDECAFÉ-FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA (1987) *Descentralización administrativa, política y fiscal y de la planificación regional. Una revisión general*. Septiembre. Bogotá. (Inédito).

FES-FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (1990) *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en grandes ciudades*. S.c.: FES.

FLÓREZ, J. (2002). *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Documento presentado en el conversatorio sobre la relación del Estado Colombiano y la OPS entre 1902 y 2002, realizado en Medellín durante el mes de Junio de 2002 (inédito).

FRENK, J. (1992) "La nueva salud pública". En: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS: 75-93.

FRENK, J., LONDOÑO, J.L. (1997) "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". *Salud y Gerencia*, 15: 1 y 6-28.

GARCÍA MEDINA, P. (1917) "Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla". *Revista de Higiene*, 8 (100): 99-104.

(1920) "Informe del Director Nacional de Higiene". En: Del Corral, J. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1920*. Vol 1. Bogotá: Imprenta Nacional: 217-268.

(1921) "Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana de Montevideo. Informe presentado por el Delegado de la República de Colombia, doctor Pablo García Medina". *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Vol. XII , N° 140: 406-420.

(1921a) "Informe del Director Nacional de Higiene". En: Del Corral, J. *Memoria del Ministro de Agricultura y comercio al Congreso de 1920*. Vol I. Informe de Lazaretos. Bogotá: Imprenta Nacional: 175-207.

(1922) "IV Informe anual del Director Nacional de Higiene". En: Moreno, I. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1922*. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1923) "V Informe anual del Director Nacional de Higiene". En: Paredes, A. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923*. Bogotá: Imprenta Nacional: 201-280.

(1931) *Informe del Director, Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública*. Bogotá: Imprenta Nacional.

(1932) *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Tomo I. Bogotá: Departamento Nacional de Higiene, Imprenta Nacional.

(1932a) *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Tomo II. Bogotá: Editorial Minerva.

GARCÍA MEDINA, P. y CUERVO MÁRQUEZ, L. (1918). "Informe aprobado por la Academia sobre declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas". *Revista de Higiene*, 9 (111): 20-23.

GARCÍA VILLEGAS, M. (2001) "Derechos sociales y necesidades políticas. La eficacia judicial de los derechos sociales en el constitucionalismo colombiano". En: Sousa Santos, García Villegas, M. *El caleidoscopio de las justicias en Colombia*. Tomo I. Bogotá: Colciencias, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Universidad de Coimbra-CES, Universidad de los Andes, Universidad Nacional de Colombia, Siglo del Hombre: 455-483.

GAVIRIA TRUJILLO, C. (1991) "Prólogo a la Revolución Pacífica" En: Colombia, PS/DNP-Presidencia de la República / Departamento Nacional de

Planeación. *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: Editora Géminis.

GÓMEZ, J.G. (2000) "Sobre las constituciones de Colombia. (Incluida la de papel)". En: IEPRI-Instituto de Estudios políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia. *Colombia: cambio de siglo. Balances y perspectivas*. Bogotá: Planeta: 255-292.

GONZÁLEZ, A., VELANDIA, M (ca.2000) *La situación de la salud pública en Colombia: una visión*. Bogotá. (Inédito).

GONZÁLEZ POSSO, C. (1991) "Carta de remisión del informe al Presidente de la República, Cesar Gaviria Trujillo, del Ministro de Salud, Camilo González Posso". En: Colombia, MS. *Colombia Sana. Informe al Presidente de la República*. Santa Fe de Bogotá (Inédito)

GUERRA DE MACEDO, C. (1992) "El contexto". En: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS: 237-243.

GUZMÁN URREA, M.P. y QUEVEDO, E. (1999) "La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial", *Biomédica*, 19 (1): 5-17.

HALPERIN DONGHI, T. (1993) *Historia contemporánea de América Latina*. 14ª ed. Madrid: Alianza.

HARTLYN, J. (1993) *La política del régimen de coalición. La experiencia del Frente Nacional en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios Internacionales, Uniandes, Tercer Mundo.

HERNÁNDEZ, M. (1992) "El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana". En: Cardona, A. (comp.) *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesores: 127-154.

(1997) "Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958-1993". En: Guerrero, J. (Comp). *Medicina y salud en la historia de Colombia*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores: 196-216.

(1999) "El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia". *Cartilla de Seguridad Social*. Número especial, (5), diciembre: 21-43.

(2000a) "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". *Revista de Salud Pública* (Bogotá) 2 (2): 121-144.

(2000b) "¿Somos los mejores en salud?". *UN-Periódico*, (14), Septiembre 17: 2.

(2002) "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 18 (4), Jul-Ago.: 991-1001.

(2002a) *Neoliberalismo y salud. Desarrollos, supuestos y alternativas*. Ponencia presentada al seminario "La falacia neoliberal: críticas y alternativas", Universidad Nacional de Colombia, abril 3 y 4, Bogotá (En prensa).

HERNÁNDEZ TORRES, J. (2001) *La influencia de los organismos sanitarios internacionales en la organización de los servicios de salud en Colombia: 1960-1980*. Informe de Internado Especial, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá (inédito).

HORWITZ, A. (1961) "Planificación del Desarrollo Económico y Social en La América Latina" en OPS/OMS, *Salud. Crecimiento económico y progreso social en la América Latina*, Publicaciones Varias, No. 68, pp. 3-10.

(1961a) "El desarrollo económico y el bienestar social". *Boletín de la OSP*, 51 (5): 387-389.

- (1962) "Enseñanza superior en Salud Pública". *Boletín de la OSP*, 52 (3): 248-250.
- (1962a) "Visión general del período 1958-1961 y sus proyecciones". *Boletín de la OSP*, 53 (6): 475-496.
- (1966) "Editorial. La nueva dimensión de la salud". *Boletín de la OSP*, 61 (4): 350-353.
- (1969) "Editorial. Encuesta sobre las Escuelas de Salud Pública de la América Latina". *Educación Médica y Salud*, 3 (3): 163-166.
- HOWARD-JONES, N. (1977) "Problemas de organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (1)". *Crónica de la OMS*, 31: 435-48
- (1980) "La Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución (1)". *Crónica de la OMS*, 54: 395-403.
- IFL-INSTITUTO FES DE LIDERAZGO / GRUPO DE MACROPOLÍTICAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. (1994) "Reforma de la seguridad social en salud. Proyecto de ley". En: Colombia MS. (1994) *La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 3: Anexo documental*. Santafé de Bogotá: MS: 90-111.
- JARAMILLO, I. (1990) "Reforzar la salud como servicio público". En: Colombia, MS/ ACOMSAP- Ministerio de Salud / Asociación Colombiana de Médicos de Salud Pública. *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una Respuesta al cambio. Memoria analítica de la Ley 10 de 1990*. Bogotá: MS/ACOMSAP: 265- 280
- (1999) *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después*. 4ª ed. Santa Fe de Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona.
- JARAMILLO SALAZAR, A. (1980) *Informe del Ministro de Salud, Alfonso Jaramillo Salazar, al Congreso de la República*. Bogotá: MS.
- LATORRE RUEDA, M. (1989) "1930-1934. Olaya Herrera: un nuevo régimen". En: Tirado Leal, F. (1995) "El Estado colombiano: ¿crisis de modernización o modernización incompleta?". Melo, J.O. (Edit.) *Colombia hoy. Perspectivas hacia el siglo XXI*, Bogotá, Tercer Mundo, 15ª. Edición aumentada: 397-446.
- LEAL BUITRAGO, F. (Ed.) (1996) *Tras las huellas de la crisis política*. Bogotá: Tercer Mundo, Fescol, IEPRI-UN.
- LONDOÑO, J.L. (1995) "Las nuevas políticas sociales de Colombia". *El Tiempo*, Domingo 12 de Marzo: 6C.
- (1999) "[Opinión del] Dr. Juan Luis Londoño, ex ministro de salud". En: ANM-Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*. Bogotá: ANM: 26-29.
- (2000) "¡Salud por la salud!". *Dinero*, (111), Julio, [www.dinero.com.co](http://www.dinero.com.co).
- LONDOÑO PALACIO, A. (1943) "La cooperación de los Estados Unidos en Programas de Salubridad y Saneamiento en Colombia". En: *Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1943*. Bogotá: Imprenta Nacional: 347-79.
- MAHLER, H. (1975) "Estrategias sanitarias en un mundo en transformación". *Crónica de la OMS*, 29: 223-233.
- (1976) "La OMS y el nuevo orden económico". *Crónica de la OMS*, 30: 231-240.
- (1977) "Plan de salud para todos". *Crónica de la OMS*, 31: 548-556.
- MÁLAGA, H., LATORRE, M.C., CÁRDENAS, J., MONTIEL, H., SAMPSON, C., DE TABORDA, M.C., GRANADOS, R., PASTOR, D. (2000) "Equidad y reforma en salud en Colombia". *Revista de Salud Pública* (Bogotá) 2 (3): 193-219.

- MARÍN, J.M. (1981) *Proyecto desarrollo administrativo del sector salud. Col. 5500. Informe final de misión OPS*. Bogotá. (Inédito).
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ-TABLAS, A. (2000) *Economía política de la globalización*. Barcelona: Ariel.
- MESA, D. (1984) "La vida política después de Panamá, 1903.1922". En: Jaramillo Uribe, J. (Dir.) *Manual de Historia de Colombia*. 3ª ed. Tomo III. Bogotá: Procultura/Instituto Colombiano de Cultura: 81-176.
- MISAS, G. (2001) "De la sustitución de importaciones a la apertura económica. La difícil consolidación industrial". En: (Ed.) *Desarrollo económico y social en Colombia. Siglo XX*. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: 111-134.
- NAVARRO, V. (1998) *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. 2ª ed. ampliada. Barcelona: Ariel.
- NÁJERA, J.A. (1991) "El paludismo y las actividades de la Organización Mundial de la Salud". *Boletín de la OSP*, 111 (2): 131-151.
- OCAMPO, J.A. et al (1994) "La consolidación del capitalismo moderno (1945-1986)". En: Ocampo. J.A. (Comp.) *Historia Económica de Colombia*. 4ª ed. Bogotá: Tercer Mundo, Fedesarrollo: 243-334
- OCAMPO LONDOÑO, A. (1960) *Memoria del ministro de Salud Pública*. Bogotá: MSP.
- OMS-Organización Mundial de la Salud (1975) "28ª Asamblea Mundial de la Salud-2". *Crónica de la OMS*, 29: 311-322.
- (1978) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para Todos N° 1. Ginebra: OMS.
- (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/es/>
- OMS/UNICEF-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (1978) "Atención primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978". En: OMS. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para Todos N° 1. Ginebra: OMS: 39-93.
- ONU-ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1967) *Declaración de los Jefes de Estado sobre Población*. New York: ONU.
- OPS-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1959) *Informe anual del director, 1958*. Washington D.C.
- (1988) *Informe de la V Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria y Directores Generales de Salud en las Américas, Bogotá, Colombia, 1-6 de junio de 1987*. Cuaderno Técnico N° 19. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1991) *Evaluación conjunta de la cooperación técnica OPS/OMS-Colombia. Informe final*. Bogotá (Inédito).

- (1991a) *Informe Anual del Director 1990*. Documento Oficial N° 243. Washington, D.C.: OPS
- (1992) *Pro Salute Novi Mundi: Historia de la OPS. Boletín de la OSP* (Número especial) 113 (5-6): 373-576.
- (1992a) *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1995) *Informe Anual del Director 1994*. Documento Oficial N° 227. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1996) *Informe Anual del Director. En Busca de la Equidad. 1995*. Documento Oficial N° 277. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1997) "La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2 (6): 420-427.
- (2000) *42º Consejo Directivo, 52ª sesión del Comité Regional. Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000. Punto 4.11 del orden del día provisional CD42/15, Funciones esenciales de salud pública (Esp.) Julio 20. ([www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd42\\_15-s.pdf](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd42_15-s.pdf))*
- (2000a) *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. Washington, D.F.: OPS/OMS.
- (ca.2001) *Cooperación técnica en pro de la salud. Colombia*. Bogotá. (Inédito).
- (2001a) *Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (2002) *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación Científica N° 589. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- OPS/CENDES-CENTRO DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL (1965) *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Publicación Científica N° 111, Washington, D.C.: OPS/OMS.
- OPS/OMS (1961) *Salud, crecimiento económico y progreso social en la América Latina*. Publicaciones Varias N° 68. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1962) *Atención médica. Bases para la formulación de una política continental*. Publicación Científica N° 70. Washington D.C.: OPS/OMS.
- (1963) *Informe final del grupo encargado del estudio de la salud constituido por los ministros de salud de las Américas. Abril 15 al 20 de 1963*. Documento Oficial N° 51. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1965) *Informe de los seminarios sobre la misión de los servicios generales de salud en la erradicación de la malaria. Pocos de Caldas, Brasil, 26 de junio-4 de julio de 1964/Cuernavaca, México, 4-13 de marzo de 1965*. Publicación Científica N° 118. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1966) *Administración de servicios de atención médica. Nuevos elementos para la formulación de una política continental*. Publicación Científica No. 129 Washington D. C.: OPS/OMS.
- (1967) *Coordinación de los servicios médicos. Discusiones técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Publicación Científica N° 154. Washington D. C.: OPS/OMS.
- (1970) *Coordinación de la atención médica. Informe final de un grupo de estudios. 4-8 de agosto de 1969*. Washington D. C. OPS/OMS.
- (1973) *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento Oficial N° 118. Washington, D.C.: OPS/OMS.

- (1978) *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Documento Oficial No. 155. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1980) *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1981) *Malaria en las Américas. Informe de la III reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas, Oaxtepec, Morelos, México, 26-31 de marzo, 1979*, Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1983) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de junio de 1946*. Documento Oficial N° 188. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1988) *Informe de la V Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria y Directores Generales de Salud en las Américas, Bogotá, Colombia, 1-6 de junio de 1987*. Cuaderno Técnico N° 19. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1993) *Planificación familiar, salud reproductiva y población*. CE11/18 (Esp.) Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1994) *Marco de referencia para la enseñanza de la salud reproductiva. Grupo de Cartagena. Septiembre 8-18 de 1993*. OPS/OMS-UNFPA.
- (1995) *Orientaciones estratégicas y programáticas, 1995-1998*. Documento Oficial N° 269. Washington D.C.: OPS/OMS.
- (1995a) *Las políticas de salud en los 90. Programa de políticas de salud, División de Salud y Desarrollo, OPS/OMS*. Serie de Informes Técnicos N° 45. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1996) *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica N° 557. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- (1996a) *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sanitarias en Salud. Cambios y Oportunidades..* Washington. D.C.: OPS/OMS-División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud-Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.
- (1996b) "Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. San JOSÉ DE COSTA RICA". En: *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sanitarias en Salud. Cambios y Oportunidades..* OPS, Washington. D.C.: OPS/OMS-División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.
- (1991) *Evaluación Conjunta de la Cooperación Técnica OPS/OMS Colombia Informe final*. Bogotá (Inédito).
- (1996) *SOIP. Proyecto de Salud Ocupacional en la Industria del Petróleo. Informe Final*. Bogotá. (Inédito).
- (1997) *Evaluación de cooperación técnica de la OPS/OMS a Colombia*. Bogotá. (Inédito).
- (1998) *Evaluación conjunta del bienio 1996-1997. OPS-Ministerio de Salud. Informe*. Bogotá. (Inédito).
- (ca.2001) *Informe transferencia de la Representación OPS/OMS en Colombia*. Bogotá. (Inédito).
- OPS/OMS/FNSP-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (1999) "Salud Pública y Reforma. Memorias del Seminario-Taller Nacional 'Salud Pública Salud para Todos, resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial'." *Cartilla de Seguridad Social* (Medellín), Número Especial (5): 9 y ss.

OPS/OMS/SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL (1990) *Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la Sub-región Andina*. Talleres Gráficos de XYZ Impresores, Cali-Colombia.

OSP-OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1924) *Código Sanitario Panamericano*. En: <http://www.paho.org/spanish/sanitarycode.htm>

(1938) "X Conferencia Sanitaria Panamericana". *Boletín de la OSP*, 17 (4): 352-3.

(1938a) "Actas y Resoluciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana". *Boletín de la OSP*, 17 (11): 957-71.

(1954). *Informe anual del Director*. Washington, D.C.: OSP

(1956) *Informe anual del Director*. Washington, D.C.: OSP

(1958) *Informe del director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Gobiernos miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, enero 1954-diciembre 1957*. Documentos Oficiales N° 25. Washington, D.C.: OSP.

(1959) *Seminario sobre el control de la lepra* Publicaciones Científicas N° 41. Washington, D.C.: OSP.

OSSA ESCOBAR, (1989) [1987] "Consolidación de la democracia: el pluralismo, el esquema gobierno - oposición y la reconciliación nacional". En: Colombia, PR. *Hacia una nueva Colombia. La política de reconciliación, normalización y rehabilitación. Historia de un proceso*. Bogotá: Consejer[ia Presidencial para la Reconciliación, Normalización y Rehabilitación: 55- 62.

PECÁUT, D. (ca.1989) *Crónica de dos décadas de política colombiana. 1968-1988*. Bogotá: Siglo XXI.

PIDHDD/UN-OBSERVATORIO/ALAMES-PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO/UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA-OBSERVATORIO DE POLÍTICA SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA/ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (2001) *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Bogotá: PIDHDD/UN-Observatorio/ALAMES.

POLANYI, K. (1997) [1944] *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Madrid: La Piqueta.

QUEVEDO, E. et al. (1990) *La salud en Colombia. Análisis sociohistórico*. Bogotá: Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.

RESTREPO, D.I. (1992) *Descentralización y Neoliberalismo. (Balance de un proceso)*. Santafé de Bogotá: CEIR-Realidad Municipal.

RESTREPO, G. y VILLA, A. (1980) *Desarrollo de la Salud Pública colombiana*. Medellín: Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

RESTREPO TRUJILLO, M. (1997) *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL, GTZ.

RODRÍGUEZ, G.H. (1989) "Segunda administración de López Pumarejo". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 373-96.

RODRÍGUEZ, O. (ca.1992) "El preámbulo a la seguridad social integral". En: Rodríguez, O. y Arévalo, D. (Eds.) *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia, 1946-1992*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia: 111-27.

(2001) "La difícil consolidación de un Estado de Bienestar". En: Misas, G. (Ed.) *Desarrollo económico y social en Colombia. Siglo XX*. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: 203-230.

RODRÍGUEZ, O. y ARÉVALO, D. (Eds.) (ca.1992) *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia, 1946-1992*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

RUIZ, J., TENJO, F. (1986) "La política de descentralización del cuatrienio (1982-1986)". *Economía Colombiana*, N° 182, junio: 25-30.

SANTOS, E. (1931) "Exposición de motivos del proyecto de ley por el cual se aprueban el Código Sanitario Panamericano firmado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana y su Memorandum de Interpretación y Protocolo adicional aprobada en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana". *Leyes Autógrafas, Senado*, 1931, fl.243-4.

(1939) "Capítulo X del Mensaje del señor Presidente de la República al Congreso Nacional en sus sesiones de 1939". *Revista de Higiene*, 20 (9): 18-26.

SARMIENTO, L. (1997) "Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales". En: Brarreto, M. y Sarmiento, L. (1997) *Constitución Política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de Juristas. Título II. De los derechos, las garantías y los deberes*. Bogotá: Comisión Colombiana de Juristas: 167-341.

Silva Lujan, G. (1989) "Lleras Camargo y Valencia: entre el reformismo y la represión". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 211-36.

(1989a) "Carlos Lleras y Misael Pastrana: reforma del Estado y crisis del Frente Nacional". En: Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 237-62.

TIRADO MEJÍA, A. (1989) "Del Frente Nacional al momento actual: diagnóstico de una crisis". En: (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo II. Bogotá: Planeta: 397-407.

(1989a) "López Pumarejo: la Revolución en Marcha". En: (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta: 305-48.

VEGA ROMERO, R., JARA, M.I. (2001) Análisis del discurso de focalización de subsidios en salud y del SISBEN en Colombia durante la década de los noventa, Informe final. Fondo Financiero Distrital, Hospital del Sur y Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C. (Inédito).

VILLA ALVAREZ, A. (1932) "Informe del Departamento Nacional de Higiene al señor Ministro de Gobierno 1931-1931". En: Morales, A. *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*. Tomo I, Bogotá: Imprenta Nacional: 127-43.

VIVAS REYNA, J. Et al (1988) *El Sistema Nacional de Salud*. Bogotá: Fedesarrollo, OPS.

YEPES PARRA, A. (1974) "Evaluación crítica del producto de las facultades de medicina desde el punto de vista del Seguro Social". En: ASCOFAME. *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. Bogotá: ASCOFAME.

(1988). "Integración Docente-Asistencial: evolución de un concepto de desarrollo social". En: *Revista Colombiana de Educación Médica*. Bogotá.

