

# Para que la salud sea pública. Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social colombiana a diez años de su implementación\*

Saúl Franco Agudelo<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

**D**iez años es muy poco para evaluar en perspectiva histórica cualquier acontecimiento social. Sin embargo, es tiempo suficiente para reconocer la naturaleza de un fenómeno, su tendencia y para aprender algunas lecciones que permitan consolidar sus logros, modificar lo requerido y evitar reincidencias innecesarias. La Ley 100 de 1993<sup>2</sup>, aprobada en diciembre de ese año por el Congreso de Colombia, está justamente a punto de cumplir la primera década de su vigencia haciéndose posible, por tanto, una mirada más cuidadosa y argumentada de sus logros, límites y mensajes.

Son muy diversas las voces e interpretaciones acerca del sentido, los alcances y los aciertos y desaciertos de la Ley 100 colombiana. Ellas expresan desde la posición apologetica de sus creadores y defensores (Londoño, 2003; 1997; Castaño, 2001), pasando por informes de diferentes comisiones de análisis y evaluación (Ministerio de Salud, 1996; ASALUD, 1998), y por las expresiones de gremios y profesiones<sup>3</sup>, hasta la posición crítica de diferentes analistas, académicos y salubristas (Franco, 1996; De Curra 2000; Restrepo, 2002). Mirando el panorama en su conjunto, uno podría arriesgar la afirmación de que la Ley 100 no parece ser ni un modelo a seguir ni un proyecto a satanizar. Y en lugar de apostar a su clonación o a su fracaso, buscar cuidadosamente sus ejes y racionalidad económico-política, descifrar los mensajes de

su aplicación y construir nuevas propuestas a la medida de las necesidades y posibilidades de cada país.

En esta dirección y como aporte a la discusión sobre las *Perspectivas de la salud pública en México*, me permito hacer las siguientes consideraciones, organizadas en dos partes. La primera centrada en algunos elementos para un balance preliminar de los diez años de aplicación de la Ley 100 colombiana. La segunda dedicada a enunciar algunos principios que parecen esenciales para garantizar un mejor modelo de salud y seguridad social y cuya validez ha sido evidenciada tanto en los logros como en las carencias de la Ley 100.

### Elementos para un balance preliminar de la Ley 100

Tratando de destacar los elementos más importantes que el modelo en cuestión ha colocado en la discusión y ha tratado de desarrollar, considero suficiente presentar cuatro aspectos: la cobertura; la equidad; el impacto del modelo sobre la salud pública; y la percepción sobre la salud, el aseguramiento y el papel del Estado.

### La cobertura del aseguramiento

Si bien no existe coincidencia entre casi ninguna de las múltiples cifras disponibles para mirar lo que ha acontecido con la cobertura de los servicios de salud y seguridad social en Colombia antes de la Ley 100 y durante su aplicación, sí es posible observar algunas tendencias. Existe consenso en que en los primeros cuatro años de aplicación de la Ley aumentaron significativamente las coberturas tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado pero luego, a partir de 1998 la tendencia cambió.

Hace un año, cuando aún no era nuevamente ministro de

<sup>1</sup> Md. Ph. D. Profesor asociado, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup> República de Colombia. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. ECOE ediciones. Santafé de Bogotá, 1994.

<sup>3</sup> Academia Nacional de Medicina. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Santafé de Bogotá, febrero de 1999.

\* Ponencia presentada en el Foro *Perspectivas de la salud Pública en México*. Ciudad de México, abril 14 de 2003.

Salud, el doctor Juan Luis Londoño presentó en una conferencia en la Universidad Nacional de Colombia unas cifras que hacían ver un incremento significativo de la cobertura, a la que consideraba como uno de los grandes logros de aplicación de la Ley 100. Según el doctor Londoño (2003: 436) se había pasado de una cobertura del 13.4% en 1992 a otra de 58.1% en el año 2000. Cuadruplicar la cobertura en un periodo de diez años resulta poco menos que milagroso, más aún si se tienen en cuenta las difíciles condiciones nacionales de dicho periodo. Desafortunadamente, en el mismo ciclo de conferencias, varios investigadores (Ahumada, 2003; Vega, 2003; Echeverry, 2003; Hernández, 2003) presentaron cifras que refutan las de Londoño, dando más pie a la preocupación que al triunfalismo. Según estos autores la cobertura ha descendido de un 62.6% en 1992 a 53.7% en el 2000. ¿Cómo explicar semejante diferencia en las cifras sobre un mismo fenómeno en un mismo periodo? La explicación es clara: depende de qué indicadores se tomen. El doctor Londoño consideró que los únicos asegurados en 1992 eran los afiliados al Instituto de los Seguros Sociales - ISS - (13.4% según él), mientras en el 2000 incluyó en los asegurados no sólo a los afiliados a la misma institución, sino también a los afiliados a las Cajas de Previsión y a todas las demás instituciones que integran los dos regímenes básicos del sistema: el contributivo y el subsidiado.

Por su parte los investigadores citados, cuyos criterios comparto, incluyen en la población cubierta en 1992 tanto a los afiliados al ISS y a las demás formas de medicina prepagada, como a los atendidos por la red pública, equivalente al actual régimen subsidiado. Para el 2000, las cifras se aproximan un poco: Londoño acepta que un 42% de la población continúa por fuera del sistema. Ese 42%, en el cual coinciden varias instituciones e investigadores (Profamilia, 2000), integra lo que la propia Ley 100 en su artículo 157 denomina la población "vinculada", lo cual constituye uno de los eufemismos de la Ley pues en realidad se trata de población desvinculada. Para los investigadores anotados la descobertura continúa siendo del 46%, cifra en la cual coincide el Informe de Desarrollo del PNUD (2001), que advierte que esto "equivale a una reducción de 4.6 puntos porcentuales respecto de 1997" (PNUD, 2001:159). Es decir: en cobertura global se ha empeorado durante la vigencia de la Ley 100. Con varios agravantes. El primero: que no es lo mismo estar adscrito a una de las instituciones de cualquiera de los regímenes, que tener acceso real y oportuno a los servicios. Existe documentación suficiente (Restrepo, 2002; PCDH, 2001) para saber que por motivos predominantemente económicos -costos adicionales, patologías de altas externalidades, etcétera- y por cuestiones relacionadas con la manera como se han distribuido y organizado las Empresas Promotoras y las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud, muchos afiliados no pueden obtener la atención debida en el momento oportuno. El segundo: que se han mantenido, y en algunos casos incrementado, discriminaciones negativas en la afiliación para ciertos sectores de población. Tales discriminaciones son de tipo regional, de género, de edad y étnico. Según la Encuesta de Demografía y Salud (Profamilia, 2000:190) mientras en Bogotá el 72% de la población está afiliada, en la región atlántica tan sólo lo está el 45%. Según la misma Encuesta la afiliación es menor entre los menores de edad y tiende a aumentar con la edad. Según otra fuente (PCDH, 2001:35), para 1998 el 70% de los afiliados al régimen contributivo se concentraban en los seis departamentos más desarrollados del país. Según la misma fuente la afiliación es discriminatoria también en contra de las mujeres: mientras en la población general hay 49% de hombres y 51% de mujeres, los hombres constituyen el 61% de los afiliados al sistema de salud y las mujeres el 39% (PCDH, 2001:36). Las poblaciones indígenas y los desplazados por la violencia padecen también discriminaciones en su afiliación al sistema. Pero posiblemente el peor agravante tiene que ver con la discriminación económica. Según Vega (2003:51), si bien entre 1997 y 2000 se produjo reducción en la afiliación en ambos regímenes y en todos los quintiles de ingreso, fue mayor en los quintiles inferiores, que tienen a su vez las menores coberturas porcentuales. La situación más crítica la padecen los integrantes de la población "vinculada" -es decir: sin acceso- perteneciente a estos quintiles, quienes deben asumir costos altos para obtener atención, habiéndose observado que mientras disminuyó su posibilidad de utilización de las consultas médicas y odontológicas entre 1997 y 2000, su gasto de bolsillo en salud aumentó.

#### ¿Hacia más inequidad?

Según el artículo 153 de la Ley 100, el primer fundamento del servicio público en salud lo constituye la equidad, en el sentido de igualdad en la calidad para todos independientemente de la capacidad de pago. Londoño, basado en su concepción de equidad, en algunos estudios y en especial en el polémico Informe de la Organización Mundial de la Salud -OMS- del año 2000 sobre Equidad en Salud, creyó y defendió hasta su trágico final el carácter esencialmente equitativo del modelo que había ideado y de los logros alcanzados al respecto en su implementación. "La equidad aumentó en medio de una inequidad externa en aumento en el conjunto de la sociedad" afirmó hace un año (Londoño, 2003:444).

Para la OMS Colombia ocupa el primer lugar en equidad financiera en salud en América Latina y el tercero en equidad por resultados. La equidad financiera, según Londoño, la

miden según “la capacidad de aseguramiento cuando hay gastos altos”. Hernández explica que para la OMS la equidad financiera “se entiende como la protección de las familias frente al riesgo financiero de la atención médica, de manera que si un rico paga más que un pobre en atención médica el sistema es equitativo, dado que protege más a los pobres de este tipo de costos” (Hernández, 2003:475). No obstante, reflejando la realidad sanitaria cotidiana y con base en sólidos criterios e indicadores, varios investigadores (Echeverry 2003; Hernández, 2003; Paredes, 2003) discrepan tanto del criterio de Londoño como de los indicadores y consiguientes resultados de la OMS en cuanto a equidad en salud. Sostienen que el actual modelo no sólo no ha reducido la inequidad, sino que ha mantenido viejas inequidades y ha desarrollado otras nuevas modalidades. El reconocido investigador Jorge Iván González va inclusive más allá (González, 2000; 2002). Después de una cuidadosa distinción entre los conceptos y las prácticas en salud de aseguramiento, solidaridad y equidad – la solidaridad no implica redistribución del ingreso y estima que el sistema de seguridad social es financieramente autocontenido –, reconoce que en el actual modelo de salud en Colombia se ha avanzado en aseguramiento y solidaridad, pero falta una perspectiva de equidad. Concluye, en consecuencia:

“La superación de la Ley 100 debe pasar por la equidad. Y ello significa que la solución a los problemas de la Ley 100 tiene que buscarse por fuera de la propia norma. La salud debe examinarse desde un horizonte más amplio que el de la propia Ley 100. Sin políticas redistributivas no es factible conseguir los recursos para financiar la salud. En otras palabras, el futuro de la salud depende de la puesta en práctica de un postulado de equidad” (González, 2002:23 y 24).

### El ocaso de la Salud Pública

Si bien como lo afirmaba Londoño, la Ley 100 no fue pensada ni implementada como una ley de salud pública, tampoco sería deseable ni de esperarse que la ley que creaba un nuevo sistema de seguridad social en salud significara un golpe tan fuerte en contra de la salud pública en el país. La concepción misma del modelo de la ley en cuestión, centrado en los aspectos financieros y de funcionamiento de la compra-venta de servicios de salud y orientado a la reducción de la participación estatal, tanto en la prestación como en la financiación de servicios sanitarios, hacía prever un cierre del campo para la salud pública. Pero las consecuencias han sido peores de lo que cualquier crítico de la Ley hubiera podido anticipar.

Es obvio que no se pretende endosarle a la Ley 100 el surgimiento e incremento de la totalidad de los problemas de salud pública que hoy vive el país. Varios de ellos tienen raíces,

dificultades y consecuencias anteriores al modelo hoy vigente y muy posiblemente se hubieran incrementado también en el modelo anterior o en algún otro modelo que se hubiera implementado. Además, es claro que durante el periodo de vigencia de la Ley 100 el país ha vivido el agravamiento de la crisis en otros sectores que tienen consecuencias directas sobre las condiciones de vida y salud de la población.

En la conferencia ya citada, a la pregunta de si la Ley 100 era culpable de la crisis de la salud pública, Londoño respondió: “Tengo que decir que los resultados son mixtos. Es cierto que las vacunaciones bajaron, los índices de enfermedades de transmisión son mixtos ya que han aumentado, pero no estoy seguro de sus causas” (Londoño, 2003:445). Y al indagar sobre las posibles causas, las relaciona con la posibilidad de un mejor registro, con la dispersión en las responsabilidades producida por la propia Ley 100, con la descentralización y con cierto inmovilismo de las autoridades.

Los hechos parecen ser más graves y la relación con los postulados reales y el modelo impuesto por la Ley 100 mucho mayor. Algunas cifras pueden ser suficientemente ilustrativas. Varias patologías infecciosas se han expandido de manera preocupante. Revisando fuentes oficiales (Ministerio de Salud 1997-2001) se obtienen datos como los siguientes para el quinquenio comprendido entre 1996-2000. De dengue clásico se registró un promedio anual en el quinquenio de 30 mil 232 casos, con una tasa a mitad de periodo de 75.6 por 100 mil habitantes. De dengue hemorrágico un promedio anual de dos mil 758 casos. De fiebre amarilla, un total de 21 casos. De sarampión: tres mil 672 casos sospechosos. La tasa promedio de tuberculosis pulmonar fue de 12 por 100 mil. El promedio anual de casos de malaria ya casi llega a los 100 mil, siendo la mitad de los casos por *plasmodium falciparum*.

Se ha registrado también una sensible *reducción en las coberturas de vacunación infantil*. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2001), las coberturas nacionales de inmunización en niños menores de un año sólo aventajan en la región a las de Haití y Paraguay. Todos los demás países tienen una situación de vacunación mejor que la de Colombia. Para 1999, según la misma Organización, en sarampión sólo se tenía cubierto al 76% de los niños, con BCG al 79% y con la triple DPT al 81%. Diez años antes, en 1989 la cobertura antituberculosa había llegado hasta el 94% de la población, mientras las dos restantes inmunizaciones tenían cifras similares (Ministerio de Salud, 1994:55-81). La encuesta ya citada de Demografía y Salud indica que para el año 2000 la situación es más grave: “Sin embargo hay que destacar que solamente el 52% recibieron todas las vacunas, cuando en 1995 fueron 66% y

en 1990, 68%” (Profamilia, 2000:123). El énfasis en lo curativo-individual, la prioridad de los intereses económicos, el distanciamiento estatal de las acciones directas en salud y del financiamiento sectorial, el casi desmantelamiento de las iniciativas y programas nacionales en salud pública, todo ello relacionado directamente con la Ley 100, tiene mucho que ver con el panorama apenas esbozado.

### **La crisis hospitalaria**

Es un hecho incontrastable la crisis de la red pública hospitalaria en Colombia. El cierre de hospitales de todos los niveles en las diferentes regiones del país, el déficit financiero de la mayoría de los que tratan de sobrevivir, y las graves dificultades administrativas y operativas que enfrenta toda la red así lo evidencian. A finales de 1998 el déficit financiero de los hospitales públicos era de 250 millones de dólares de EUA; un año después se había incrementado hasta 600 millones de dólares de EUA. Parte importante del déficit se debe a la deuda acumulada de las empresas administradoras con la prestadoras de los servicios. Según la Superintendencia Nacional de Salud dicha deuda alcanzaba a mediados del año 2000 los 200 millones de dólares de EUA y el promedio de mora en la cancelación de las deudas era de 270 días (PCDH, 2001:33).

Hay razones históricas, políticas, administrativas, sindicales y hasta religiosas en esta crisis acumulada durante muchos años. Pero sin duda el golpe más fuerte lo asestó la Ley 100 al someter la prestación de los servicios de salud a las leyes de la oferta y la demanda y al consiguiente imperio de la ganancia, y al tratar de pasar de manera radical y universal de un sistema de subsidio a la oferta al de subsidio a la demanda.

Además de financiera y operativa, la crisis hospitalaria ha devenido también en una crisis de identidad de las instituciones hospitalarias. Una cosa es ser un lugar benéfico para pobres y enfermos, otra un centro de prestación universal de servicios de salud, otra un espacio de formación profesional en salud y otra, muy distinta, un supermercado de servicios asistenciales. La superación de la crisis pasa, por tanto, por replantear la múltiple y compleja naturaleza de los hospitales en la sociedad contemporánea y por encontrar su lugar en la sociedad, en las políticas sociales y en el sistema de salud.

Existe consenso en el país de que en la última década el principal problema de salud pública es la violencia (Franco, 1997:177-180; Franco, 1999). Ninguna patología particular mata tantos colombianos y colombianas como la violencia. El promedio anual de homicidios en los últimos diez años es de 25 mil (INMLCF, 2000 y 2001), pero el año pasado - 2002- alcanzó a 27 mil 829. Y, al mismo tiempo, la violencia

viene disminuyendo de manera significativa la calidad de vida de los colombianos, deteriorando su salud física y mental, aumentando los costos de la atención, sobrecargando los centros hospitalarios, amenazando de manera permanente al personal de salud y haciendo cada vez más difícil el cumplimiento de la misión médica (Franco, 2002:555-584). Una propuesta de seguridad social en salud en un país que vive semejante picor de violencia debería tener muy en cuenta el derecho a la vida y las posibles contribuciones del sector al enfrentamiento del problema. Pues bien: la Ley 100 fue pensada e implementada para un país sin violencia o, al menos, en el que la violencia no fuera un problema importante de salud pública. Más adelante, al analizar la importancia del principio de realidad al momento de idear una reforma en salud, se volverá sobre el tema.

Desde la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) se acepta que buena parte del futuro de la salud lo constituye el trabajo en Promoción de la Salud. Pues bien: la Ley 100 le da y le quita a la Promoción de la Salud en Colombia. Le da el reconocimiento de su existencia en el texto y la asignación de recursos financieros al momento de distribuir las cotizaciones de los afiliados. Le quita en la medida en que reduce su campo al terreno propio de la Ley: el de la compra venta de servicios asistenciales. Por eso es lógico pero decepcionante que las Entidades Promotoras de Salud sean definidas en el artículo 177 de la Ley como “las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones”. Esto no es Promoción de la Salud. Es, en cambio, administración, mercadeo contratación y su registro. La Promoción de la Salud tiene que ver con la defensa de la vida, con el impulso de valores positivos, con la priorización colectiva e individual del bienestar por encima de los demás intereses sociales. La cuestión tiene un agravante que se ha ido desarrollando en el transcurso de la implementación de la Ley: que buena parte de los fondos asignados para Promoción de la Salud no han ido a parar a ella sino que se han prestado para otros usos, generalmente al servicio de la publicidad y del incremento de las ganancias.

### **La formación del personal del sector y los desarrollos científico-tecnológicos en salud**

Tampoco merecieron la atención de la Ley 100. Más aun: puede decirse que quedaron por fuera de su campo de interés. Y para cualquier observador es claro que sin desarrollo científico y tecnológico y sin políticas y estrategias coherentes de formación del personal profesional, especializado y técnico para el sector, es prácticamente inviable cualquier modelo de salud y seguridad social. Algo tienen que ver estas graves carencias del modelo aplicado en Colombia con los problemas que hoy padecemos en ambos campos.

Tanto este aspecto científico tecnológico y de formación de personal, como varios de los temas antes mencionados y otros que no alcanzan a enunciarse en este material, han merecido y merecen un desarrollo mayor al momento de un balance acerca del impacto de la Ley sobre la Salud Pública en el País. Aquí sólo se enuncian como elementos importantes a tener en cuenta al momento de analizar avances y dificultades. Y si bien el panorama presentado corresponde más al ocaso de la Salud Pública en Colombia, es preciso reconocer que, a pesar de la Ley 100, hay indicios alentadores del resurgimiento del interés por la Salud Pública en el país tanto a nivel académico-investigativo como en el campo de la realización de muy diversas iniciativas y acciones por el bienestar colectivo.

### **La percepción de la salud, de la seguridad social y del papel del Estado**

La Ley 100 no ha significado sólo un viraje de muchos grados en la organización, la administración y la financiación de los servicios de salud en Colombia. Ha significado también el cambio más drástico en la concepción y la percepción de lo que son la salud y la seguridad social y del papel que en ellas le corresponde al Estado.

No es el momento de entrar en un análisis de las diferentes escuelas de pensamiento sobre los conceptos en discusión. Pero es reconocido que se ha avanzado mucho en la comprensión y las prácticas de lo que es la salud –como bienestar individual, como desarrollo positivo de la energía vital, como capacidad de pleno desempeño individual y social, como buen vivir –, de lo que significa la seguridad social como sensación de tranquilidad y garantía estable de la satisfacción de las necesidades y el acceso a los bienes y servicios socialmente producidos para que cada cual tenga lo que requiere para su desarrollo y estabilidad, y del papel que le corresponde al Estado como garante de la salud como un derecho humano fundamental y como un bien público.

En el espíritu, y sobre todo en la práctica de la Ley 100, la salud ha sido reducida al conjunto de los servicios asistenciales para enfrentar las situaciones de enfermedad. La seguridad social en salud ha quedado reducida también a la obligación de adscribirse mediante un contrato de compra-venta, y previa la cotización cuando se tienen recursos o mediante un subsidio cuando existe el dinero y se vencen las barreras del mecanismo de clasificación, a uno de los regímenes que se encargan de la organización y prestación de los servicios. Y el Estado si bien en teoría mantiene su carácter de orientador, organizador, cofinanciador, controlador y sancionador del sistema, en la práctica no ha ejercido varias de esas funciones, ha evadido

otras – como el caso del financiamiento del sector, en el cual cada vez busca nuevos mecanismos para evadir sus compromisos tales como el *paripassu*, consistente en que el Estado aportaría para el fondo de solidaridad un peso por cada peso aportado por los trabajadores y empresarios (PCDH, 2001:33) – y ha ido quedando como impulsor del modelo, como árbitro del mercado, como garante nominal de los contratos de compra-venta y como autoridad con serias limitaciones para hacer efectivas las reglas del juego.

Es cierto que ha habido un incremento significativo en el gasto social en salud desde la entrada en vigencia de la Ley 100. Pero es igualmente cierto que gran parte del incremento ha sido a expensas del gasto personal y familiar en salud, incluyendo familias de muy bajos recursos, y que porcentajes muy altos de esos fondos no han ido a aumentar la calidad y cobertura de los servicios prestados sino a incrementar los márgenes de ganancia de las empresas que se apoderaron de la intermediación. Para 1999 se estimaba que sólo en el régimen subsidiado las empresas administradoras se apropiaron de entre un 28% y un 40% de los dineros destinados a esta modalidad de la seguridad social (PCDH, 2001:34).

Es cierto también que hoy hay en el país una preocupación mayor por la salud y que el tema es cada vez más objeto de debates, movilizaciones (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2001), acciones sociales y denuncias jurídicas. Pero es cierto que la mayoría de tales acciones obedecen más a reacciones por la descubierta, por la negación de los derechos y los servicios, por la ausencia o el abandono estatal, por los abusos de las empresas y aseguradoras y por las consecuencias de privatizar un bien público y dejar a las leyes del mercado la garantía de un bien que como ciudadano se percibe que es de otra naturaleza.

Estas reducciones conceptuales y sus graves implicaciones prácticas tienen que pesarse también al momento de los balances y, sobre todo, al momento de emprender reformas de lo existente o construcción de nuevas iniciativas y proyectos.

### **Algunos principios mínimos al momento de construir o reconstruir un modelo de salud y seguridad social**

Coherente con los objetivos del Foro y con el título de la presentación, y asumiendo en positivo las lecciones aprendidas de la implementación en mi país del actual modelo de salud y seguridad social, asumiendo el inevitable margen de

<sup>4</sup> Una versión preliminar de estos principios se encuentran en: Franco, S. Reformas en salud: límites normativos y realidad. En: Torres-Goitia, J. (compilador). La salud: cuestión de Estado. Reseña de la Primera Conferencia Panamericana de Médicos Parlamentarios. 122-125. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, octubre de 1996

subjetividad y su carácter preliminar, me atrevo a formular los siguientes **cuatro principios fundamentales**<sup>4</sup> al momento de idear, diseñar, debatir, implementar o modificar en la actualidad un modelo de salud y seguridad social.

### **Principio de realidad**

Se trata de partir de un claro reconocimiento de la situación que se vive, de las fortalezas que se tienen, de los recursos disponibles, de los obstáculos existentes y de las metas que se quieren alcanzar. Desconocer o subvalorar –en el caso de una propuesta innovadora en salud y seguridad social– el perfil demográfico, la situación epidemiológica, la cultura y las prácticas de salud imperantes, los distintos actores sociales que se han venido desempeñando en el campo, los intereses en juego en los campos científico, profesional y político, los vicios acumulados, puede llevar a hacer inviable una buena propuesta o a imponer un modelo bueno para otra realidad pero inadecuado para la propia. Al respecto hay que considerar la validez de los modelos internacionales y la necesidad de ajustes de cara a la realidad nacional, e igual entre los niveles nacionales, regionales y locales.

El principio de realidad no implica doblegarse ante cada obstáculo o perder la capacidad de transformación. El conocimiento de la realidad no es una invitación al inmovilismo y a la conservación acrítica de lo existente. La dialéctica enseña la necesidad de eliminar lo negativo, conservar lo positivo y generar nuevas alternativas.

Debo reconocer que en la Ley 100 colombiana el principio de realidad fue, como mínimo, subvalorado, cuando no desconocido. No contaron ni las prioridades problemáticas de la salud y la seguridad social, ni el reconocimiento de la diversidad étnica, cultural y regional del país, ni la dinámica sociopolítica, ni el análisis de los inveterados vicios de corrupción y politiquería, ni los logros ya alcanzados en salud y salud pública y la necesidad de salvaguardarlos. Y parte de lo que hoy se vive, se debe – en mi concepto – a estas ausencias, carencias y desconocimientos. Podrían citarse múltiples ejemplos, pero sólo enuncio uno: el tiempo. No se pueden imponer los tiempos del interés político y del interés personal a los tiempos de la realidad. Un cambio de mentalidad y de estructura trasciende el tiempo de un gobierno, un cuatrienio en mi país. Por eso hoy son letra muerta los tiempos impuestos por la Ley 100: un año a la transición hacia el nuevo sistema (artículo 234) y a la unificación de tarifas (art. 241); seis años para la afiliación universal de los colombianos al sistema de seguridad social (art. 157); y siete años para la unificación de los diferentes planes de aseguramiento (art. 162). La realidad, que siendo transformable y acelerable es tozuda y tiene sus ritmos, se encarga de pasar sus cuentas de

cobro cuando pretendemos desconocerla.

### **Principio de integralidad**

Todo proceso o fenómeno social está íntimamente relacionado con otros. En el campo concreto de las políticas sociales, éstas son esencialmente interdependientes: una política de salud está íntimamente relacionada con políticas alimentarias, de empleo, de educación, de vivienda. Pretender estructurar una nueva política de salud sin alterar para nada y, peor aún, sin tener en cuenta, las políticas ya enunciadas de empleo, vivienda, alimentación y educación, es desconocer su propia naturaleza y condenarse de entrada a un posible fracaso.

Pero además: el campo de la salud es mucho más amplio que el de la atención de la enfermedad. La prevención de las enfermedades y la rehabilitación de sus secuelas, la promoción de la salud y la defensa de la vida en dignidad y los demás campos de la salud pública, son dimensiones de la salud cuyo desconocimiento empobrece el campo y dificulta el éxito parcial en cualquiera de ellos.

En el caso colombiano se ve con claridad, por la fuerza de los hechos y no por la interpretación analítica solamente, que este principio de integralidad no se tuvo en cuenta. Se redujo la salud y la seguridad social en los términos ya expuestos. Se diseñó un modelo de aseguramiento para un país con empleo pleno y sostenido en el tiempo y con desarrollo económico creciente. En los diez años de vigencia del modelo la pobreza –estimada por porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza– ha pasado de un 28% a un 49% (Vega, 2003:53), y el desempleo casi se ha duplicado, alcanzando hoy un promedio del 20% de la población económicamente activa, con un incremento significativo del empleo informal. Sólo estos dos hechos –empobrecimiento y desempleo crecientes– son suficientes para hacer casi inviable financieramente el modelo en cuestión.

La integralidad, que no es lo mismo que pretender que hay que cambiarlo todo para que algo cambie, tiene una expresión importante en el campo de la salud en el carácter interdependiente del derecho a la salud. Es decir: no se puede garantizar el derecho a la salud sin garantizar otros derechos. Y, por tanto, una política social que no garantice simultáneamente el conjunto de los derechos requeridos para el bienestar colectivo –que es su objeto propio– resulta, como mínimo, incompleta.

### **Principio de coherencia**

Es fundamental que en un modelo los principios se correspondan entre sí y con el modelo propuesto. La inconsistencia entre los principios, o la inconsistencia de estos

con lo que se pretende proponer genera una fractura estructural que desfigura el proyecto y autolimita su desarrollo.

Varios autores han señalado que en la Ley 100 existe no sólo un distanciamiento, sino una contradicción entre los principios y el modelo. Los nueve principios del sistema de seguridad social en salud (art. 153), entre los que se encuentran los de equidad, obligatoriedad, integralidad, libre escogencia, etcétera – satisfacen los postulados y deseos de los más ambiciosos pensadores sociales en salud. El modelo propuesto, en cambio, niega, imposibilita o limita en la práctica la vigencia de varios de tales principios. Ya se señaló lo que ha pasado con la equidad en el modelo colombiano. Pero algo similar pasa con la libre escogencia la cual, desde el propio texto de la Ley, empieza a desdibujarse al establecer límites y condicionamientos (art. 156 y 159) y termina por ser un postulado teórico de imposible cumplimiento ante el proceso de monopolización que se da en las instituciones del sistema, tanto las de aseguramiento, como las de afiliación y de prestación de servicios.

La incoherencia puede darse, además, mediante formas legales sutiles pero altamente eficaces. Dos claros ejemplos de esto en la Ley colombiana lo constituyen las preexistencias y la atención de urgencias. Los defensores de la Ley 100 resaltaban que una de sus diferencias favorables en relación con modelos similares, era que en el colombiano no habría preexistencias. El primer párrafo del artículo 164 lo dice categóricamente: las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados. Sólo que en el párrafo siguiente se hace una excepción: los servicios de alto costo podrán estar sujetos al condicionamiento de un período previo de cotizaciones no mayor de 100 semanas. Pues bien, en la práctica muchos de los servicios de alto costo se han excluido de los planes ofrecidos y el período máximo de 100 semanas se convirtió en el mínimo a partir del cual se considera la posibilidad de incluir o no el servicio en cuestión. La cuestión de la atención de urgencias es aún más sutil. El artículo 159 afirma categóricamente el derecho de los afiliados a la atención de urgencias en todo el territorio nacional. Pero en el artículo 168 la presión de los prestadores se hizo sentir mediante una

palabra: la obligatoriedad sólo cobijará la atención inicial de las urgencias. Este adjetivo ha servido de escape para muchos prestadores y de condena a muerte para muchos pacientes. Algunos prestadores han ahorrado gastos y satisfecho la ley y sus conciencias interpretando el carácter “inicial” de la atención como la colocación de un torniquete o la aplicación de un suero y remitiendo al moribundo a otro centro, al que muchos no han alcanzado a llegar.

#### **Principio de participación social**

Se refiere al hecho de que todos los actores de una política deben tener presencia activa, permanente, deliberante y decisoria en las propuestas y proyectos que les afectan. Este postulado, válido en todos los campos, lo es especialmente cuando se tocan los aspectos relacionados con la vida, la salud y la seguridad de las personas y de los colectivos.

Una vez más, la Ley 100 es generosa en incluir la participación social en el funcionamiento del sistema de aseguramiento (art. 153, numeral 7). Sólo que ha quedado reducida a una participación formal, funcional y de carácter fiscalista.

Es preciso señalar que las fallas en la participación no se deben sólo a la concepción o a las formas legales. Tiene que ver también con fallas de las propias organizaciones sociales que en ocasiones no han logrado los niveles de desarrollo requeridos no sólo para responder y reaccionar, sino para debatir y proponer con perspectiva amplia y de largo plazo. Además, las fallas organizacionales tienen que ver también en ocasiones con el desinterés individual por ciertos temas-problemas. La salud, por ejemplo, tiene un gran poder de convocatoria, pero no siempre alcanza suficiente poder de movilización, en especial cuando se trata de acciones sostenidas. La garantía de la Participación Social en salud organizada, inteligente, sostenida y efectiva no depende tanto del ordenamiento legal como de la solidez y madurez de los procesos organizativos de los diferentes sectores sociales, a partir del desarrollo de la conciencia del derecho a la salud y del compromiso con él por parte de los individuos y sus organizaciones primarias, como la familia, la escuela, el vecindario.

## Bibliografía

- Ahumada, Consuelo**, (2003). La globalización y su impacto sobre la salud. En: Franco, S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 19-36. Universidad Nacional. Bogotá, marzo.
- ASALUD**, (1998). Fundación Corona, FES, FESCOL. *Ley Cien: cuatro años de implementación*. Santafé de Bogotá, septiembre.
- Castaño, R.A. et al.**, (2001). Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En: *CEPAL, serie financiamiento del desarrollo*, 108. Santiago, Chile.
- De Currea, V. Hernández, M. Paredes, N. Provea**, (2000). *La salud está grave: una visión desde los derechos humanos*. Ediciones Ántropos, Santafé de Bogotá, mayo.
- Echeverry, Esperanza**, (2003). La situación de salud en Colombia. En: Franco, S. (editor). *La Salud Pública Hoy* 345-372. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, marzo.
- Franco, S.** (1996). *La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: una Mirada desde la salud pública*. Documento presentado en la X Conferencia Nacional de Salud de Brasil. Brasilia, septiembre.
- Franco, S. Forero, L.J.** (2003). Salud y Paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: Franco, S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 555-584. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, marzo.
- Franco, Saúl**, (1997). Violence and Health in Colombia. En: *Pan American Journal of Public Health*. 2 (3:170-180).
- Franco, Saúl**, (1999). *El Quinto: No Matar: contextos explicativos de la violencia en Colombia*. IEPRI- Tercer Mundo Editores. Bogotá.
- González, J. I.** (2000). ¿La salud: bien público o bien privado? En: Universidad Nacional de Colombia. *La salud desde la Universidad*. Bogotá, diciembre.
- González, J.I.** (2002). Salud y Seguridad Social: entre la solidaridad y la equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(2:18-24). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, septiembre.
- Hernández A. Mario**, (2003). El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 463-480. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, marzo.
- INMLCF** (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses), (2000 y 2001). *Forensis: datos para la vida*. Bogotá.
- Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud**, (1999). Academia Nacional de Medicina. Santafé de Bogotá, febrero.
- Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral**, (1994). ECOE Ediciones. Santafé de Bogotá, República de Colombia.
- Londoño, J.L. Frenk, J.** (1997). Structured Pluralism: towards an innovative model for Health System Reform in Latin America. En: *Health Policy*, 41:1-36.
- Londoño, Juan Luis**, (2003). ¿Qué sigue después de la Ley 100? En: Franco S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 435-448. Universidad Nacional de Colombia, marzo.
- Ministerio de Salud.** (1994). *La salud en Colombia: diez años de información*. Bogotá, p: 55-81.
- Ministerio de Salud.** (1996). Programa Universidad de Harvard. *La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro de implementación*. Informe Final. Santafé de Bogotá, República de Colombia, abril.
- Ministerio de Salud.** Instituto Nacional de Salud. *Informe epidemiológico nacional*. Bogotá. Revisión de los números correspondientes a la primera quincena de enero de 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001.
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social.** (2001). *Primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social*. Documentos 1 al 5. Bogotá, enero-diciembre.
- Organización Mundial de la Salud**, (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Asociación Canadiense de Salud Pública, Ontario, Canadá.

**Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.** (2001). Situación de salud en las Américas. *Indicadores básicos 2000*. Washington.

**Paredes, Natalia,** (2003). *Derecho a la salud: su situación en Colombia*. CINEP-GTZ. Bogotá, enero.

**PDCH** (Plataforma colombiana de Derechos Humanos, democracia y Desarrollo), (2001). *Informe alterno al cuarto informe del Estado colombiano ante el Comité del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, periodo 1995-2000*. Bogotá, octubre.

**PNUD** (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo),

DNP y Misión Social (2001). *Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2000*. Bogotá.

**Profamilia,** (2000). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Bogotá, octubre.

**Restrepo, Z.J.** (2002). ¿El seguro de salud en Colombia: cobertura universal? En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 1(2:25-40). Pontificia Universidad Javeriana, septiembre.

**Vega, Román,** (2003). Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. En: Franco, S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 49-74. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, marzo.

