

PÚBLICO OBJETIVO

GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD ESTÁ DIRIGIDA A ESTUDIANTES, ACADÉMICOS, INVESTIGADORES, PROFESIONALES DE LA SALUD Y DEMÁS PROFESIONES INTERESADAS EN TEMAS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

PERIODICIDAD SEMESTRAL

COMITÉ EDITORIAL

ERNESTO BÁSCOLO
(UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO, ARGENTINA)
GABRIEL CARRASQUILLA
(CEIS, BOGOTÁ)
LILIANA CHICAIZA
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)
RUBÉN DARÍO GÓMEZ
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
CAMILO DÁVILA
(UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ)
AMPARO HERNÁNDEZ
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
MARIO HERNÁNDEZ
(UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTÁ)
JAIRO HUMBERTO RESTREPO
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
CATALINA LATORRE
(UNIVERSIDAD DEL ROSARIO, BOGOTÁ)
JAIME RAMÍREZ
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)
DÉBORA TÁJER
(UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA)
SERGIO TORRES
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
ASTRID VALLEJO
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
ROMÁN VEGA
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)
FRANCISCO J. YEPES
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ)

COMITÉ CIENTÍFICO

CELIA ALMEIDA
(ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, BRASIL)
ÁLVARO CARDONA
(UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN)
MANUEL ESPINEL
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, ESPAÑA)
ERNESTO JARAMILLO
(ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SUIZA)
DIANA PINTO
(PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA)
BERNARDO RAMÍREZ
(ASSOCIATION OF UNIVERSITY PROGRAMAS IN HEALTH
ADMINISTRATION, USA)
MÓNICA RIUTORT
(UNIVERSIDAD DE TORONTO, CANADÁ)
DAVID VIVAS
(UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA, ESPAÑA)

ADMITIDA EN:

ÍNDICE DE PUBLICACIONES SERIADAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS (PUBLINDEX 2009 CATEGORÍA A2)
DIRECTORIO ULRICH'S
IBSS (INTERNATIONAL BIBLIOGRAPHY OF THE SOCIAL SCIENCES)
REDALyC (RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES)
BVS (BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD)
LATINDEX (ÍNDICE LATINOAMERICANO DE REVISTAS CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS)
BVS-VSPCOL (BIBLIOTECA VIRTUAL PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA)
SCIELO
DOAJ (DIRECTORIO OPEN ACCES JOURNAL)
SCOPUS

INFORMACIÓN, CONTRIBUCIONES

Y CANJES DIRIGIRSE A:
CALLE 40 No. 6-23 PISO 8
EDIFICIO GABRIEL GIRALDO, S.J
TELEFAX (571) 3208320 EXT. 5426
BOGOTÁ - COLOMBIA

CORREOS ELECTRÓNICOS:

mjara@javeriana.edu.co

PÁGINA WEB

http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/

NÚMERO DE EJEMPLARES: 500

DEPÓSITO LEGAL

ISSN: 1657-7027

TARIFA POSTAL REDUCIDA

No. 2008 - 291
4-72 LA RED POSTAL DE COLOMBIA,
VENCE 31 DE DICIEMBRE - 2011

**EDITORIAL PONTIFICIA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
DIRECTOR**

NICOLÁS MORALES THOMAS

COORDINACIÓN EDITORIAL

MARÍA ALEJANDRA TEJADA GÓMEZ

ASISTENTE EDITORIAL

RUBÉN DARÍO GÓMEZ

CORRECCIÓN DE ESTILO

RODRIGO DÍAZ LOZADA

DISEÑO

CÉSAR TOVAR DE LEÓN

LOGO Y VIÑETAS

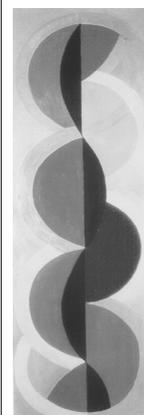
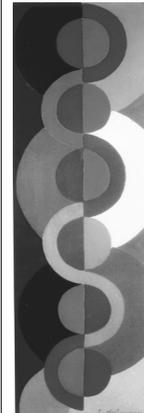
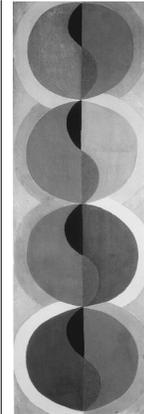
ROBERT Y SONIA DELAUNAY

DIAGRAMACIÓN Y ARMADA ELECTRÓNICA

PROCEDITOR

IMPRESIÓN

FUNDACIÓN CULTURAL JAVERIANA
DE ARTES GRÁFICAS, JAVEGRAF
BOGOTÁ
IMPRESO EN COLOMBIA - PRINTED IN COLOMBIA
BOGOTÁ, JUNIO DE 2011



REVISTA GERENCIA Y POLÍTICAS DE SALUD

MISIÓN:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* se dedica a difundir artículos originales, que contribuyan a la reflexión, análisis y debate en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud, las racionalidades políticas, gerenciales, los sistemas de salud y todas las demás áreas temáticas y disciplinas que los involucren, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES:

Los artículos publicados en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* están sujetos al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000), de la World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>) o a la legislación específica (si hubiere) del país en el que la investigación fue realizada. Para tal efecto, los autores de los artículos aceptados para ser publicados y que presentan resultados de investigaciones, incluyendo con seres humanos, deberán contener la afirmación del cumplimiento integral de los principios éticos y las legislaciones específicas con la firma del formulario proporcionado por la Dirección de la Revista.

OBJETIVOS Y POLÍTICA EDITORIAL:

Objetivos: i) Generar un espacio académico de reflexión, análisis y debate por parte de académicos y no académicos en relación con los temas y problemas más urgentes sobre la salud y los sistemas de salud y todos aquellas áreas temáticas que la involucren. ii) Difundir información —investigaciones y eventos académicos y no académicos; nacionales e internacionales— acerca de las distintas actividades que se enmarquen dentro del eje temático de la revista. iii) Incentivar el diálogo y la reflexión crítica estableciendo un puente entre la comunidad académica, sectores públicos y privados, instituciones nacionales e internacionales y personas interesadas en la salud.

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* es una revista académica arbitrada que publica artículos originales de revisión, de resultados de investigación, de reflexión, y reseñas en torno a la salud y los sistemas de salud y todas aquellas áreas que involucren ese gran eje central. La evaluación se guía por criterios científicos (rigurosidad conceptual y metodológica) y editoriales (estructura y estilo).

PÚBLICO OBJETIVO:

La *Revista Gerencia y Políticas de Salud* está dirigida a estudiantes, académicos, investigadores, profesionales de la salud, y demás profesionales interesados en temas relacionados con la admi-

nistración de salud, la salud pública y las políticas de salud

Propiedad intelectual:

Para la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, el envío de un artículo indica que el (los) autor(es) certifica(n) y aceptan que: i) éste no ha sido publicado, ni aceptado para publicación en otra revista; ii) que no se ha reportado la publicación de una versión previa como *working paper* (o "literatura gris") o en un sitio de web y, que en caso de ser aceptada su publicación, en la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, lo retirarán de los sitios web, en el que se dejará sólo el título, el resumen, las palabras clave y el hipervínculo a la Revista y iii) que una vez publicado en la Revista no se publicará en otra.

Al enviar los artículos para su publicación, el (los) autor(es) acepta(n) igualmente que para su publicación transferirá(n) los derechos de autor a la *Revista Gerencia y Políticas de Salud* para su difusión en versión impresa o electrónica.

El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los textos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

HEALTH MANAGEMENT AND POLICIES JOURNAL

MISSION

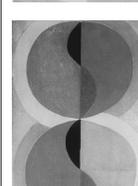
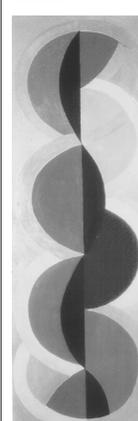
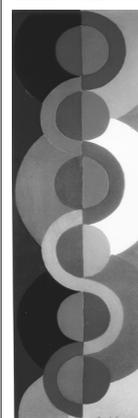
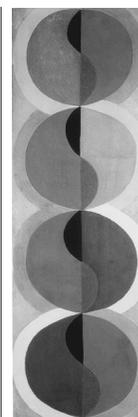
The *Health Management and Policies Journal* is dedicated to publicize original articles that contribute to the reflection, analysis, and debate of important health problems, political and management rationales, health systems, and all other related thematic areas and disciplines in order to contribute to improve the quality of life of the population.

ETHICAL AND LEGAL PRINCIPLES

The articles published in the *Health Management and Policies Journal* are subject to all the ethical principles contained in the Declaration of Helsinki, (1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000), from the World Medical Association <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, or the specific legislation (if existent) of the country in which the research was done. Therefore, the authors of articles accepted for publication and those who present research results, including those with human subjects, will need to have signed confirmation of full compliance with all ethical principles and specific legislations on the form provided by the Magazine's management.

OBJECTIVES AND PUBLISHING POLICY

Objectives: i) To create academic space for the reflection, analysis, and debate by academia and the general public in relation to important health topics and problems, health systems, and all other related thematic areas. ii) To publicize infor-



mation, national and international, on academic and nonacademic events and research about the different activities that relate to the thematic focus of the magazine; iii) To stimulate critical dialogue and reflection, establishing a bridge among the academic community, public and private sectors, national and international institutions, and people interested in health.

The Health Management and Policies Journal is a peer reviewed academic journal, which publishes original articles on Reviews, Research Results, Reflection, and Summaries, about health, health systems, and all other related areas within the general focus of the journal. The evaluation of the articles is guided by scientific criteria (conceptual and methodological thoroughness) and editorials (structure and style).

TARGET AUDIENCE

The *Health Management and Policies Journal* is directed to students, academia, researchers, health professional, and other professionals interested in subjects related to health administration, public health, and health policies.

INTELLECTUAL PROPERTY

For the *health management and policies journal*, the submission of an article indicates that the author(s) certify and accept that: a) the article has not been published, nor accepted for publication in another journal; b) there is no publication of a prior version as a working paper (gray literature) or on any website, and in case it is accepted for publication in the journal, it will be removed from any website except for the title, summary, key words, and electronic link; and c) once published in the journal, it will not be published in any other.

Upon submitting articles for publishing, authors accept the transferring of author rights to the *health management and policies journal* for publication in print or electronic format. Authors are exclusively responsible for all article content. Texts can be reproduced totally or partially citing the source.

REVISTA GESTÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE MISSÃO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dedicada à difusão de artigos originais, que contribuam à reflexão, análise e debate dos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, as racionalidades políticas e de gestão, os sistemas de saúde e todas as outras áreas temáticas e disciplinas relacionadas, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida da população.

PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS

Os artigos publicados na *Revista Gestão e Políticas de Saúde* estão sujeitos a cumprir com os princípios

éticos da declaração de Helsinki (1964, reformada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da Associação Médica Mundial <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, ou a legislação específica (se existir) do país no qual a pesquisa foi feita. Para isso, os autores dos artigos aceitos para publicação e aqueles que apresentem resultados de pesquisas, incluindo com seres humanos, deverão ter a confirmação assinada do cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas do formulário proporcionado pela Direção da Revista.

OBJETIVOS E POLÍTICA EDITORIAL

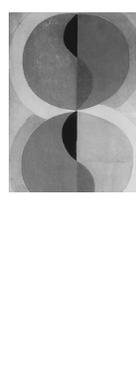
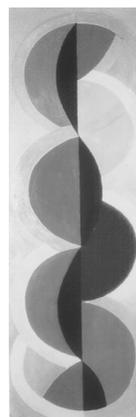
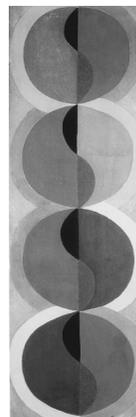
Objetivos: i) Gerar um espaço acadêmico para a reflexão, análise e debate por parte de acadêmicos e não acadêmicos com relação aos temas e problemas mais urgentes sobre a saúde, os sistemas de saúde e todas aquelas áreas temáticas relacionadas; ii) Difundir informação sobre pesquisas e eventos acadêmicos e não acadêmicos, nacionais e internacionais, com relação às diferentes atividades que encaixam dentro do eixo temático da revista; iii) Incentivar o diálogo e a reflexão crítica estabelecendo uma ponte entre a comunidade acadêmica, os setores públicos e privados, instituições nacionais e internacionais e as pessoas interessadas na saúde. A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* é uma revista acadêmica arbitrada que publica artigos originais de revisão, resultados de pesquisas, reflexão e resenhas em torno à saúde, sistemas de saúde e todas aquelas áreas que abarquem esse eixo central. A avaliação orienta-se pelos critérios científicos (rigoriedade conceitual e metodológica) e editoriais (estrutura e estilo).

PÚBLICO ALVO

A Revista *Gestão e Políticas de Saúde* está dirigida a estudantes, acadêmicos, pesquisadores, profissionais de saúde e outros profissionais interessados nos temas relacionados à administração de saúde, saúde pública e políticas de saúde.

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Para a Revista *Gestão e Políticas de Saúde*, o envio de um artigo indica que o(s) autor(es) certifica(m) e aceita(m) que: a) o artigo não tem sido publicado, nem aceito para publicação em outra revista; b) não existe uma publicação de uma versão prévia como working paper ("literatura cinza") ou numa página web, e que no caso de ser publicado, será retirado da página web onde somente ficarão o título, o resumo, as palavras chaves e o link à Revista; e c) uma vez publicado na Revista não se publicará em outra. Ao enviar artigos para publicação, o(s) autor(es) aceita(m) igualmente a transferência dos direitos autorais à Revista *Gestão e Políticas de Saúde* para sua difusão em versão impressa ou eletrônica. O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade dos autores. Os textos podem ser reproduzidos total ou parcialmente citando a fonte.



Posgrados en Administración de Salud



POSGRADOS EN
ADMINISTRACIÓN
DE SALUD

Especialización en Administración de Salud:
Énfasis en Seguridad Social

Registro ICFES: 170153626581100111200

Especialización en Gerencia Hospitalaria.

Registro ICFES: 17015362011100111200

Especialización en Gerencia de la Calidad
de los Servicios de Salud.

Registro ICFES: 170153626581100111500

Especialización en Gestión del Primer Nivel
de Atención en Salud.

Registro ICFES: 170153620101100111500



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

La política sectorial de salud: excesos normativos y baja resolución de los problemas de salud

Health Sector Policy: Normative Excess and Scarce Resolution of Health Problems

Política setorial da Saúde: excessos normativos e baixa resolução dos problemas de saúde

*Jaime Ramírez-Moreno**

1. De los intereses creados a la crisis: un sistema sin ciudadanía

El sistema de salud atraviesa en la actualidad por el reconocimiento de una crisis. En la definición de ésta como problema de políticas públicas existen muchas interpretaciones y posiciones, desde aquellos que consideran que se enfrenta una crisis de sostenibilidad financiera, hasta quienes piensan que se trata de una de legitimidad, en la medida en que no se garantiza el derecho a la salud.¹

* Doctor en Economía de la Salud Universidad Politécnica de Valencia (España). Profesor Asociado, Programas de Posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencia Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Dirección de correspondencia: Calle 40 N.6-23 piso 8. Correo electrónico: ramirez.jaime@javeriana.edu.co

1 La Sentencia T-760 produce un hecho importante en la sociedad colombiana y en especial en el sector

Cuando se profundiza en estas dos interpretaciones, los partidarios de la insostenibilidad

salud. Al resolver un conjunto insospechado de tutelas, mediante un estudio sistemático de las razones asociadas con dichas reclamaciones, considera que el sistema de salud vulnera sistemáticamente los derechos a la salud de los ciudadanos y que la totalidad de los agentes del sistema contribuyen a la negación de los servicios y hacen poco por garantizar el goce efectivo de los mencionados derechos. Del hecho anterior concluye que es necesario definir el derecho a la salud en términos de derechos autónomos y fundamentales, lo que hace mediante un procedimiento de aproximaciones jurisprudenciales sucesivas a los derechos fundamentales, desde el derecho a la vida hasta el goce efectivos de los derechos y las libertades de los individuos en términos de salud y bienestar, recopiladas en diferentes sentencias sobre salud en los últimos diez años y de la suscripción de pactos internacionales de derechos humanos, en especial de la Observación General n.º 14 (2000) acerca "del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

financiera ofrecen dos clases de razones: el creciente incremento de las reclamaciones de los servicios no POS y la forma como se financia el sistema, esto es, mediante un impuesto que distorsiona la actividad económica y especialmente el mercado laboral, lo cual hace que la contribución asociada a la nómina genere informalidad y desfinanciamiento estructural del sistema en el largo plazo. Consideran, de esta manera, que si esto ocurre, el Gobierno debe aprovechar su “luna de miel” para desarrollar una secuencia de reformas que cambien las reglas del mercado laboral, la tributación y la salud, orientadas a cambiar la financiación de aportes patronales por tributación individual sobre personas naturales e impuestos al valor agregado y el consumo (1,2).

Los defensores de la tesis de ilegitimidad, a su vez, se pueden clasificar en dos grupos: los que sostienen que la crisis no es coyuntural, sino estructural, porque está centrada en la atención de la enfermedad y los servicios y no en políticas públicas asociadas con los determinantes de la salud y la disminución de la enfermedad. De acuerdo con esto, afirman que un sistema basado en seguros, con participación de agentes privados, es un sistema privatizado que convierte a la salud en una mercancía y, en tal sentido, está en crisis desde hace mucho tiempo, por lo menos desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en 1993. Otros, más moderados, como la misma Corte Constitucional, consideran que el sistema de protección de riesgos y entrega de servicios es apropiado si se eliminan las discriminaciones en los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Así, opinan que pueden hacerse correctivos en el marco de los principios de la Constitución y de la Ley 100.

muy difíciles los acuerdos acerca de las características del nuevo sistema: las posturas van de aquéllas que ponen énfasis en el rescate de la medicina como profesión y la reestructuración del sistema con base en el acuerdo de confidencialidad entre el médico y el paciente, hasta las que defienden el esquema de organización de los sistemas nacionales de salud con programas integrados de salud pública y niveles descentralizados en la gestión de los servicios, en donde el centro de la organización del sistema sean los prestadores.

En medio de estas posiciones disímiles subyace la idea de que cuando hablamos de la crisis de la salud estamos hablando de la crisis de los seguros y de la forma como se atienden pacientes, y no de las políticas orientadas a disminuir la mortalidad y la discapacidad que producen las enfermedades y a mejorar el nivel de bienestar en salud. *A menudo se confunde el sistema de seguros con las políticas de salud y en medio de esta confusión el reconocimiento social y político de la crisis de la salud queda sin resolverse.*

Ninguna de las visiones de la crisis hace énfasis en las necesidades y expectativas de los ciudadanos, quienes son la base de las políticas, y las elecciones públicas y los puntos de referencia parecen centrarse en la definición de pacientes y a/o afiliados. Las categorías de pacientes y afiliados establecen una relación corporativa muy limitada entre éstos y los médicos, prestadores y aseguradores, en donde los niveles formales de relaciones solamente están asociados a relaciones contractuales, como derechos de propiedad o intercambio de servicios, o a relaciones de confianza asociadas con la relación médico-paciente. En el sistema de salud colombiano son más fuertes los intereses corporativos de las empresas, las aseguradoras, los prestadores, la industria farmacéutica y los intereses

6



Para los críticos del actual sistema es fácil un acuerdo sobre los problemas, pero son

burocráticos de la nación, los departamentos y los municipios que la defensa de los derechos ciudadanos y el principio de ciudadanía social.

Ubicar la categoría de ciudadanía en el sistema de salud implica preguntarse, en primer lugar, por el concepto de igualdad ante la ley, que comparada con categorías actuales como afiliados y beneficiarios de subsidios encuentra grados de discriminación social y económica aceptados legalmente en la Ley 100, con la existencia de beneficios discriminatorios, servicios cubiertos de acuerdo con la capacidad de pago, la posición ocupacional, o si se es pobre o no.

Se puede afirmar que los elementos centrales de la crisis se originan en estas discriminaciones, definidas por la Corte como una violación sistemática en el goce efectivo del derecho a la salud para los afiliados a las distintas categorías de afiliación, y de manera más severa para los que no pertenecen a ninguna categoría. Se encuentra que los ciudadanos que sufren con mayor severidad dichas discriminaciones son los que más necesitan la protección del sistema, los más vulnerables, los más pobres, y al final, los más enfermos.

Si un sistema no es capaz de resolver estas necesidades, que pueden tener una respuesta tecnológica disponible, qué podría esperar un ciudadano de sus expectativas en términos de bienestar, de la protección de riesgos para no enfermarse y de sus expectativas de vivir más tiempo y con buena salud.

2. Los ajustes normativos y las reformas legales en el actual gobierno

Fracasada la emergencia social de la salud, el nuevo gobierno constituye su propuesta de

unidad nacional sobre el supuesto de garantizar la continuidad política de la seguridad democrática, la confianza inversionista y el asistencialismo social ante la pobreza. En el sector salud esto significa algo así como la continuidad y conservación de la estructura del SGSSS, pero legitimizado por nuevas leyes y nuevas formas de realizar coaliciones políticas; lo cual da la sensación de un proceso de fortalecimiento de la gobernabilidad, con cambios de estilo en la gestión pública, pero sin cambios importantes en la política y en la estructura del sistema.

3. El proyecto de ley estatutaria y la sostenibilidad fiscal

La idea prevaleciente del proyecto de Ley Estatutaria (3) consiste en introducir modificaciones constitucionales y legales orientadas a limitar los beneficios para los ciudadanos y a circunscribirlos en el marco de una relación contractual a través del plan de beneficios y la unidad de pago por capitación. Se resaltan en particular dos anotaciones: que la garantía del goce efectivo del derecho a la salud se debe supeditar a los “recursos materiales e institucionales disponibles” y que existe la posibilidad de hacer una regulación parcial del goce de ese derecho mediante la vía estatutaria. Sobre lo primero, es decir, la limitación de recursos, se supone que la disponibilidad para la salud está dada y se encuentra bien distribuida en términos de asignación con referencia al principio de igualdad.

Debe advertirse que si bien vivimos en un contexto de escasez general de recursos, nada permite sustentar que las asignaciones para la salud sean eficientes y justas en una sociedad como la colombiana, que tiene uno

de los niveles de desigualdad más altos en América Latina.²

Colombia cuenta con un disponible per cápita para protección de riesgos y servicios en salud de cerca de \$770.000, con unas asignaciones ineficientes e injustas en donde los grupos de mayores ingresos, como los regímenes especiales, tienen una disponibilidad per cápita de \$2.000.000 por año, el contributivo \$ 650.000, mientras los pobres del subsidiado solamente cuentan con una cifra disponible de cerca de \$ 310. 000 (4).

El Gobierno Nacional, mediante el proyecto por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho (5), propone crear una norma constitucional de orden superior para controlar la acción judicial de protección de los derechos económicos y sociales y a la vez convertir al Ejecutivo en el único sistema de asignación y distribución del gasto, por encima del Congreso, el sistema judicial, la Procuraduría y los municipios y departamentos. Como tal norma altera la mayoría de las normas sobre el proceso presupuestal y la aprobación de cualquier ley que implique hacer concordantes los objetivos normativos con los recursos públicos, el proyecto de ley ha tenido muchos opositores, hasta el punto de que en la discusión en el Congreso se cambió la concepción de sostenibilidad fiscal, como derecho dentro de la Constitución, por el de principio ordenador para orientar la coordinación entre las ramas del poder público y como instrumento de sostenibilidad fiscal respecto a los derechos sociales.

Convertir la factibilidad fiscal en una condición para que las personas tengan derechos, es considerar que no sólo los derechos eco-

2 La desigualdad de ingresos, medida por el coeficiente de Gini, se ha mantenido alrededor de 0,58, en donde el 10% de la población más rica posee más del 50% de la riqueza nacional y tiene 30 veces más ingresos que el 10% de la población más pobre.

nómicos y sociales, sino todos los derechos, incluso el derecho a la libertad, son absurdos. Los derechos humanos son fundamentalmente un compromiso ético y un llamado a la acción social y no dependen de la factibilidad pre-existente y menos aún de formas desiguales de asignar el gasto público (6).

4. La Ley 1438 y el Plan de Desarrollo 2010-2014

La Ley 1438 de 2011 tiene como propósitos centrales la consolidación y el fortalecimiento del sistema de aseguramiento y el desarrollo de una estrategia de atención primaria en salud (APS). Con el objeto de ganar legitimidad política combina tres objetivos: dar estabilidad financiera al sistema, controlar los costos y mejorar el estado de salud de la población mediante tres estrategias: la unificación de los planes de beneficios, la regulación del derecho a la salud a través de la ley estatutaria, y la estrategia de atención de atención primaria para garantizar una acción intersectorial. A fin de lograr estos objetivos, se transforman las fuentes de financiamiento de la oferta pública, de las cajas de compensación familiar, de las regalías y del Presupuesto Nacional, para la unificación de los planes de beneficios y para la acción intersectorial en el marco del sistema de protección social.

El componente de salud en el Plan de Desarrollo 2010-2014 hace parte de la política de igualdad de oportunidades e incorpora una secuencia de políticas públicas para garantizar acceso y calidad en salud universal y sostenible. El Plan de Desarrollo es una combinación de “dos caminos que se cruzan y complementan entre sí: el crecimiento económico sostenible y el desarrollo social integral”. En el cruce de los caminos, el crecimiento económico conduce a mayor desarrollo social y las políticas de desarrollo



social e igualdad de oportunidades retroalimentan el desarrollo económico. Una población sana, educada, trabajando, y en paz, es una población más productiva y con mayor bienestar (7:261).

La Ley 1438 y el documento del Plan consideran, en términos generales, que la situación de salud ha evolucionado favorablemente y ofrecen como razones de dicha mejoría la implementación de la Ley 100, las políticas gubernamentales para mejorar las condiciones de vida y los avances en desarrollo y modernización, y señalan que los principales problemas actuales se explican por factores complejos asociados con la transición demográfica y la transición epidemiológica.

Con este diagnóstico tan optimista contrastan los hechos mencionados por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760, que considera que en Colombia existe una violación sistemática del derecho a la salud por todos los agentes del sistema y especialmente por el Ministerio de la Protección Social y los organismos de dirección y regulación.

5. Las estrategias para el desarrollo del plan sectorial de salud

El punto central de las estrategias del Gobierno Nacional está constituido por la consolidación del aseguramiento como estrategia para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de los servicios y para avanzar progresivamente en la unificación de las coberturas de servicios del POS subsidiado y del contributivo en el año 2015. Para garantizar la sostenibilidad del sistema se propone una fuerte regulación al acceso a los servicios no incluidos en el POS, mediante una ley estatutaria que restrinja el derecho a la salud bajo las reglas de la sostenibilidad financiera del sistema.

Con base en la estructura normativa de la Ley 1438 de 2011 se propone una estrategia de atención primaria en salud, a fin de promover el bienestar y la vida saludable y coordinar las políticas de salud con las políticas de reducción de consumo de sustancias psicoactivas y la implementación de los planes decenales de salud mental, lactancia materna, actividad física, cáncer y obesidad.

6. Las metas sectoriales de salud

Están organizadas en términos de resultados en el estado de salud de la población y las metas de gestión en el aseguramiento y la prestación de servicios. Las metas en el estado de salud se representan en disminución de las tasa de mortalidad, incremento de las coberturas de vacunación y atenciones institucionales del parto, reducción en la presencia de bajo peso al nacer y disminución de prevalencias de enfermedades crónicas y VIH SIDA. Las metas asociadas con la gestión están expresadas en el mejoramiento de la cobertura del seguro, la unificación de los planes de beneficios y el desarrollo de las guías de práctica clínica. Las metas de resultados reproducen en su mayoría los compromisos con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Las metas de gestión, por su parte, se centran en universalizar el aseguramiento y unificar el plan de beneficios en el año 2015.

7. La política sectorial de salud: excesos normativos y baja resolución de los problemas de salud

Cuando se establece la relación entre el factor trabajo y el capital humano, el Plan de Desarrollo afirma que, a pesar de las fórmulas para generar empleo, la principal causa

de la informalidad la constituyen los costos no salariales, y considera que los aportes a la salud crean distorsiones negativas en el mercado laboral con consecuencias que afectan la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Si los autores del Plan se tomaran en serio esta afirmación deberían haber propuesto cambios estructurales en la forma de financiamiento del sistema. Se resaltan los efectos distorsionadores de los impuestos sobre la nómina, pero no se menciona el impacto positivo de los programas de salud sobre el bienestar, el empleo y el crecimiento económico, omisión ésta que resulta inconsecuente con las teorías del capital humano y la productividad, que tanto profesan los autores del Plan y los funcionarios del Ministerio de la Protección Social (7:753-76).

En los diagnósticos del sector salud no se explica por qué éste ha atravesado por situaciones críticas, que llevaron al gobierno de Uribe a decretar la fallida emergencia de salud y a la Corte Constitucional a considerar que existe una violación sistemática del derecho a la salud. Contrastan los diagnósticos oficiales con la idea de un caos institucional que llevó al sistema, además de a la declaratoria de emergencia, a la aprobación de dos leyes: la 1393 de 2010 y la 1438 de 2011, así como a la presentación por parte del Gobierno de la Ley Estatutaria y de la Ley de Facultades Extraordinarias para la Restitución del Ministerio de Salud.

No se comprende por qué un sistema con los logros mencionados necesita tantos cambios constitucionales, legales, normativos y burocráticos; algo no cuadra entre el diagnóstico y el plan sectorial; o sobran las reformas constitucionales y legales, o el plan presenta una idea distorsionada de los avances y problemas existentes en el sistema de salud colombiano.

En la formulación de las estrategias se establece como condición de éxito el funcionamiento del sistema de protección social. Cabe mencionar que el propio Ministerio de la Protección Social no volvió a mencionar ni la política ni el sistema de protección social y se regresó al lenguaje burocrático tradicional del sector salud y el sector trabajo, razón por la cual existe la idea de crear el Ministerio de Salud.

Las políticas en salud generan un conjunto de expectativas, especialmente sobre la estrategia de atención primaria como elemento de acción intersectorial, que puestas en el contexto del desarrollo político e institucional del sistema de protección social solamente dejarán formulaciones y discursos pasajeros, como ocurrió con la “revitalización estructural” de la salud pública, pregonada como elemento innovador en la Ley 1122 de 2007. La estrategia de atención primaria, antes que una política articulada con la disminución de las desigualdades sociales, la pobreza y la política social para el bienestar, en las actuales circunstancias juega un papel de legitimación de los acuerdos entre la clase política del Congreso y los agentes aseguradores y prestadores, a fin de darle viabilidad política al sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. Perry G. Hacia una reforma tributaria estructural. Diagnóstico. Debates presidenciales. Bogotá: Fedesarrollo; 2010, pp. 20, 21, 43.
2. Steiner R. Presentación Reforma de salud. Fedesarrollo, Foro Farmacéutico, Cartagena, Colombia, 2010.
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Proyecto de Ley Estatutaria N° ## de 2010.



- “Por el cual se regula el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad del usuario, promoción y prevención, equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, autocuidado, capacidad económica y universalidad en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud”. Bogotá, 2010.
4. Ramírez J. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2010; (18): 114-43.
 5. Proyecto de Acto Legislativo N° 016 de 2010 “Por el cual se establece el derecho a la sostenibilidad fiscal para alcanzar los fines del Estado Social de Derecho”. Bogotá, 2010.
 6. Sen A. *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus; 2010, pp. 387-419.
 7. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. *Bases del Plan de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”*.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



POSGRADOS

PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

(Registro, SNIES No. 53795)

Duración: 4 semestres

Título que otorga

Magíster en Administración de Salud

INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427

correo-e: administracionsalud@javeriana.edu.co - www.javeriana.edu.co/passos

Bogotá D.C., Colombia