

# La eficacia de los marcos jurídicos de la extensión de la protección social del derecho a la salud. El caso de Colombia

María Paula Gómez Méndez\*

---

Los Estados y las organizaciones internacionales participantes en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, reunida en Alma Ata en septiembre de 1978, se comprometieron a alcanzar la salud para todos en el año 2000. Con tal fin, manifestaron su intención de promover políticas, estrategias y planes de acción científicamente adecuados y culturalmente aceptables, orientados a mejorar el estado de salud de las personas y de las familias y a permitirles llevar una vida productiva social y económicamente. A través de la llamada “atención primaria de la salud”, los Estados y las organizaciones participantes en la Conferencia esperaban alcanzar un nivel de salud que permitiera a todas las personas, sin discriminación alguna, vivir dignamente.

Los programas de ajuste estructural iniciados en la década de los años ochenta, sumados a las interpretaciones sesgadas y erradas que los gobiernos hicieron del concepto de atención primaria de la salud<sup>1</sup> condujeron, sin embargo, a muchos Estados a desarrollar agendas políticas contrarias a los lineamientos de la Conferencia de Alma-Ata. En América Latina, particularmente, las reformas en salud estuvieron centradas, fundamentalmente, en consideraciones eficientistas y reduccionistas de la salud que respondían a la lógica global de las políticas macroeconómicas de ajuste fiscal promovidas por organismos multilaterales de cooperación técnica y financiera.

Con el fin de reducir la presión que el sector salud ejercía sobre los presupuestos nacionales y financiar así el creciente endeudamiento externo, los Estados latinoamericanos emprendieron reformas orientadas a separar las funciones de administración, prestación y financiamiento de los servicios de salud, a descentralizar la gestión de los mismos, a facilitar la participación del sector privado en su aseguramiento y provisión, a distribuir más eficientemente los recursos y a involucrar a los usuarios de los servicios de salud en el financiamiento del sistema.

---

\* Abogada de la Universidad Nacional de Colombia y especialista en derecho constitucional de la misma universidad.

<sup>1</sup> TEJADA DE RIVERO, David. *Alma-Ata: 25 años después*. Documento en internet: [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17\\_articulo1\\_1.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm)

En Colombia, el anterior esquema quedó consignado en la Ley 100 de 1993, mediante la cual se organiza y pone en funcionamiento el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El nuevo modelo, organizado bajo el modelo de competencia regulada, establece entre sus principales objetivos el de mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud para alcanzar progresivamente la universalidad de la cobertura y la integralidad de la atención. Los promotores de la reforma aseguraban que, al finalizar el año 2000, el total de la población colombiana se encontraría afiliada al SGSSS y tendría acceso a un plan obligatorio de salud que incluiría programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y planes de promoción y fomento de la salud.

Para dar cumplimiento a las metas propuestas, la Ley 100 de 1993 incorporó mecanismos para aumentar los recursos del sector salud. Los impuestos a la renta y al consumo, las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y los llamados pagos de bolsillo, hicieron que los gastos en salud como porcentaje del PIB crecieran significativa y sostenidamente. Entre 1993 y 1999, el gasto total en salud creció del 7.2% al 10% del PIB<sup>2</sup>.

No obstante, el mayor gasto en salud no ha conducido al cumplimiento de las metas propuestas en términos de cobertura y de integralidad de la atención. En efecto, casi once años después de la expedición de la Ley 100 de 1993, grandes sectores de la población continúan excluidos del sistema y los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado conservan diferencias sustanciales en cuanto a su contenido.

Ante esta situación, resulta válido preguntarse si el fracaso de las metas de extensión de la cobertura y de integralidad de la atención del SGSSS se debe a problemas inherentes a la Ley 100 o a problemas en su aplicación. En lo personal, estimo que, aunque ha habido fallas en la aplicación de la ley, tanto la ausencia de universalidad como la ausencia de integralidad se deben, principalmente, a factores intrínsecos o propios del modelo de salud.

Mi tesis es que el fracaso de las metas de extensión de la cobertura del SGSSS se debe, fundamentalmente, a que los dos instrumentos diseñados para ello –la solidaridad y el aseguramiento– son insuficientes, por sí solos, para universalizar la protección social del derecho a la salud. Adicionalmente, considero que el fracaso de las metas en materia de integralidad de la atención obedece a que el SGSSS no toma en consideración el principio de equidad y, en cambio, sí incorpora una visión reduccionista del derecho a la salud.

---

<sup>2</sup> Contraloría General de la República. *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo*. Bogotá, 2002. p. 125.

Para defender mis planteamientos, expondré, en primer término, las razones por las cuales considero que la solidaridad y el aseguramiento son insuficientes, por sí solos, para universalizar la protección social del derecho a la salud. En segundo término, señalaré las razones por las cuales estimo que la inequidad y el reduccionismo que caracterizan al SGSSS han impedido avanzar en la integralidad de la protección social del derecho a la salud.

## **1. El problema de la falta de universalidad del SGSSS**

### **1.1 La solidaridad, por sí misma, no garantiza la universalización de la protección social del derecho a la salud**

A la luz de lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, es obligación de todas las personas con capacidad de pago, contribuir con la financiación de los servicios de salud que se prestan a las personas que carecen de ella. En este sentido, la ley incorpora claramente el principio de solidaridad pues estimula la transferencia de los recursos de los grupos de mayores ingresos hacia la población más pobre, asegurando que las contribuciones no favorezcan solamente a quienes aportan, sino también a quienes no lo hacen<sup>3</sup>.

A partir de un concepto de seguridad social de tipo “beveridgeano”<sup>4</sup>, la Ley 100 de 1993 garantiza, entonces, que quienes pertenecen al régimen contributivo contribuyan no solo a financiar sus propias necesidades de salud, sino también a cubrir las necesidades de las personas pertenecientes al régimen subsidiado. De esta forma, la ley “provee un mínimo de protección a todas las personas, independientemente de que contribuyan o no al sistema”<sup>5</sup>.

Como consecuencia de la implementación del principio de solidaridad, los recursos destinados a la financiación del SGSSS se han aumentado

---

<sup>3</sup> GONZALEZ, Jorge Iván. *Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad*. Versión escrita de la conferencia presentada con motivo del acto de presentación del No. 1 de la Revista Gerencia y Políticas de Salud, el 28 de febrero del 2002 en el Auditorio Luis Carlos Galán, Universidad Javeriana. Documento en internet: [www.gerenciasalud.com/art50.htm](http://www.gerenciasalud.com/art50.htm)

<sup>4</sup> A diferencia del modelo de seguridad social de tipo bismarckiano, en el cual los trabajadores voluntariamente asumen el pago de una prima de seguro que los protege contra la enfermedad y contra situaciones que conllevan la pérdida de sus medios de subsistencia, el modelo “beveridgeano” se caracteriza porque tanto los trabajadores como los propietarios del capital “obligadamente se desprenden de parte de sus ingresos para garantizar su propio bienestar y el de otro grupo de personas que de otra forma no hubiese tenido acceso a los servicios de salud”. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de Desarrollo Humano Colombia, 2000*. Bogotá, 2001. p. 106.

<sup>5</sup> *Ibíd.* p. 106.

considerablemente. Ello a su vez ha permitido extender la cobertura del sistema. Según reportes de la Contraloría General de la República, la proporción de personas afiliadas al sistema de seguridad social logró más que duplicarse entre 1992 y 2000, pasando del 23% en el primer año al 52.4% en el segundo año<sup>6</sup>.

El crecimiento en los índices de cobertura, dejan ver que el esquema de solidaridad y aseguramiento implantando por la Ley 100 de 1993 ha sido eficaz para extender la protección social del derecho a la salud. Sin embargo, el hecho de que en el año 2000 un porcentaje equivalente al 47.6% de la población no estuviera afiliado ni al régimen contributivo ni al régimen subsidiado demuestra que dicha eficacia es relativa, pues pese a los esfuerzos hechos, el sistema no logró cumplir con las metas de aseguramiento universal previstas en la Ley 100 de 1993. Y no logró cumplirlas, precisamente, porque la solidaridad, por sí sola, es insuficiente, para universalizar la cobertura del SGSSS.

En efecto, como lo advierte el profesor Jorge Iván González, en situaciones de crisis económica los sistemas de aseguramiento y de solidaridad se vuelven financieramente inestables y, al hacerlo, alteran el monto de las contribuciones que se destinan a la seguridad social. Así, en contextos caracterizados por altos niveles de desocupación, empleo informal y recesión económica, los valores de los salarios y las fuentes de sostenimiento del Estado se reducen y, con ellos, también se reducen los recursos con los que se financia el SGSSS<sup>7</sup>.

Ello precisamente fue lo que sucedió en Colombia desde finales de 1997. Como consecuencia de la recesión económica y los índices de desempleo alcanzados, los niveles de aseguramiento decrecieron, hasta el punto que la cobertura en el año 2000 se redujo en 4.6 puntos porcentuales respecto de 1997<sup>8</sup>.

El incremento de la pobreza registrado en los últimos años en el país también impide que la protección social del derecho a la salud pueda continuar expandiéndose por cuenta del principio de solidaridad. El hecho de que en Colombia más del 60% de la población viva en condiciones de pobreza<sup>9</sup> evidencia lo anterior pues es bien sabido que el principio de solidaridad solamente puede contribuir efectivamente a extender la protección social del derecho a la salud cuando únicamente una minoría de la población está en incapacidad económica de contribuir al financiamiento de sus propias necesidades de salud.

---

<sup>6</sup> Contraloría General de la República. *Op. Cit.* p. 128.

<sup>7</sup> GONZÁLEZ, Jorge Iván. *Op. Cit.*

<sup>8</sup> Departamento Nacional de Planeación, Misión Social y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Op. Cit.* p. 107

<sup>9</sup> Un estudio publicado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia reveló que dos de cada tres colombianos, es decir, el 66% de la población, sobreviven con menos de \$230.000 mensuales (aprox. 90 dólares). El estudio también reveló que entre 1997 y 2003 la pobreza aumentó considerablemente al pasar del 55% al 66%.

Ahora bien, la inestabilidad financiera de los sistemas de seguridad social, causada por situaciones de crisis económica y por el aumento de la pobreza, no es lo único que limita las potencialidades del principio de solidaridad en relación con la extensión de la cobertura. La lógica de la elección racional con la que opera el SGSSS resulta contraproducente porque contribuye a que los particulares evadan el pago de sus aportes, subdeclaren sus ingresos o busquen beneficiarse, a costa de suministrar información falsa o incompleta, de los subsidios en salud.

Así, como lo advierte Álvaro Hernández,

*Cuando un usuario se comporta estrictamente como agente racional de mercado, tiende a eludir los costos y a obtener los mayores beneficios. Si es trabajador independiente de altos ingresos, trata de aportar lo mínimo para obtener lo máximo. Dado que el asegurador conoce tal expectativa y también se comporta como agente de mercado, le ofrece al usuario un mecanismo de elusión de sus aportes al sistema, al tiempo que le vende un seguro privado con mejores beneficios y mayor calidad. Lo segundo resulta más barato para el usuario que hacer los aportes legales, pero produce una descompensación financiera de grandes magnitudes en todo el sistema.*

*En el otro extremo, el ofrecimiento de un subsidio para los que no pueden pagar genera otro tipo de problemas. Quien crea no poder hacerlo, tratará de obtener el subsidio, aun sabiendo que dio una información falsa. Como agente racional del mercado, a este usuario no le importa si excluye a alguien más pobre que él. Simplemente está tratando de obtener el menor costo con el mayor beneficio. Entre tanto, la lucha por el subsidio genera fracturas en el tejido social que van en contra de cualquier principio de solidaridad<sup>10</sup>.*

En Colombia esta situación ya ha sido evidenciada. De acuerdo con la Contraloría General de la República, en el año 2000 un 75% del sector informal y un 17% del sector formal no estaban afiliados a la seguridad social en salud. En ese año, la evasión ascendió a 2 billones de pesos, cifra que equivale al 1.2% del PIB y el 36% del valor de las cotizaciones. A este respecto y con base en información del DANE, la Contraloría estimó que en el año 2000 el valor de la evasión era cercano a los 800 mil millones de pesos<sup>11</sup>. Estimó, adicionalmente que la proporción de personas no pobres afiliadas al régimen subsidiado pasó del

---

<sup>10</sup> HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario. *El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización*. En: La salud está grave. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2000. p. 154.

<sup>11</sup> Contraloría General de la República. *Op. Cit.* p. 128.

27.4% (1'920.000 personas) en 1997 al 39.2% en el año 2000 (2'780.000 personas)<sup>12</sup>.

Todo lo anterior sirve para evidenciar que, si bien la solidaridad permite avanzar en la extensión de la protección social del derecho a la salud, no permite universalizarla. La solidaridad, por sí sola es insuficiente para extender la cobertura del SGSSS al total de la población pues tanto las crisis económicas como el crecimiento de la pobreza y el comportamiento de los usuarios y las aseguradoras, repercuten directamente en las fuentes de financiación del sistema.

## **1.2 El aseguramiento, por sí mismo, no garantiza la universalización de la protección social del derecho a la salud**

Para evaluar el éxito del SGSSS para la extensión de la protección social del derecho a la salud, es importante distinguir entre el aseguramiento y el acceso. No es lo mismo estar afiliado al SGSSS que tener acceso real y efectivo a los planes y programas de salud<sup>13</sup>. Los indicadores de aseguramiento solo permiten conocer qué porcentaje de la población es potencialmente beneficiaria de esos planes y programas. Los indicadores de acceso, por el contrario, permiten conocer qué porcentaje de la población que se encuentra asegurada accede efectivamente a los beneficios a que tiene derecho.

En Colombia, los indicadores de cobertura han sido frecuentemente utilizados para defender las bondades del SGSSS. Sin embargo, pocas veces se ha apelado a indicadores de acceso para evaluar qué tan positiva ha sido la implantación del modelo contenido en la Ley 100 de 1993. La omisión es importante, pues se sabe que el SGSSS promueve la existencia de barreras geográficas, económicas y de falta de información que impiden que las personas accedan de forma real y oportuna a los servicios de salud.

Así, la lógica del agente racional con la que operan las entidades aseguradoras ha hecho que su presencia se concentre en las grandes ciudades y en las zonas urbanas. La búsqueda de rentabilidad hace que estas entidades decidan ubicarse en aquellas zonas que presentan menor población con necesidades básicas insatisfechas y mayor ingreso per cápita. Una situación similar se presenta con las instituciones prestadoras de servicios de salud. En efecto, "mientras en las ciudades capitales de algunos departamentos funcionan instituciones con infraestructura y personal adecuados, en la mayoría de los municipios pequeños y alejados, cuando hay entidades, éstas se limitan a un

---

<sup>12</sup> *Ibíd.* p. 130.

<sup>13</sup> FRANCO AGUDELO, Saúl. *Para que la salud sea pública*. Ponencia presentada en el foro "Perspectivas de la Salud Pública en México". Ciudad de México, abril 14 de 2003.

puesto de salud con infraestructura mínima para atención de emergencias”<sup>14</sup>. La situación se ve frecuentemente agravada por la inexistencia de un adecuado sistema de referencia y de contrarreferencia y por la quiebra y el cierre de muchas de las instituciones de la red pública hospitalaria.

Adicionalmente, los llamados gastos de bolsillo se constituyen en un obstáculo para acceder a los servicios de salud. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, evidencia que la falta de dinero es la razón por la cual en el 51% de los casos las personas no hacen uso de los servicios de salud<sup>15</sup>.

La falta de información también incide negativamente en el acceso a los servicios y programas de salud. En un estudio presentado por la Defensoría del Pueblo, sólo el 63.8% de los afiliados al régimen contributivo y el 58.3% de los afiliados al régimen subsidiado manifestó haber recibido información adecuada sobre las características y condiciones propias de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud. Entretanto, solo el 62.5% de los cotizantes y el 52.9% de la población subsidiada manifestó haber sido informado sobre el conjunto de servicios a que tiene derecho<sup>16</sup>.

El hecho de que la falta de información y la existencia de barreras de tipo económico o geográfico impida a quienes se encuentran afiliados al SGSSS acceder a los servicios y programas de salud evidencia que el aseguramiento no es suficiente, por sí solo, para extender la protección social del derecho a la salud. Mientras las medidas para alcanzar el aseguramiento universal no estén acompañadas de políticas adecuadas para eliminar las barreras de acceso, la extensión de la protección social del derecho a la salud en Colombia continuará siendo una tarea inacabada.

---

<sup>14</sup> PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia. *Derecho a la salud. Su situación en Colombia*. Cinep-GTZ. Bogotá, 2003. p. 65.

<sup>15</sup> Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Citado por Defensoría del Pueblo. Informe sobre la situación del derecho a la salud, presentado al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Colombia. 2003.

<sup>16</sup> Defensoría del Pueblo. *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*. Bogotá, 2003. pp. 34 y 35.

## **2. El problema de la falta de integralidad de la protección social del derecho a la salud**

### **2.1. La inequidad que caracteriza al SGSSS ha impedido extender la protección social del derecho a la salud**

En términos de política pública, la equidad en la prestación de los servicios de salud tiene al menos dos implicaciones. En primer lugar, la equidad supone que el sistema de salud debe prestar la misma cantidad y calidad de servicios de salud al total de la población, independientemente de su capacidad de pago<sup>17</sup>. En segundo lugar, supone que el acceso a los servicios de salud debe atender “no a criterios `neutros` de cuotas igualitarias, sino a consideraciones de diferenciación que respondan a las necesidades especiales de los distintos grupos”<sup>18</sup>.

En la medida en que la equidad contribuye a asegurar que las personas sin capacidad de pago no resulten excluidas de los sistemas de salud y que la política pública de salud adquiera mayor dinamismo y capacidad de respuesta frente a las necesidades de la población, su observancia resulta fundamental en el propósito de avanzar en la extensión de la protección social del derecho a la salud.

La Ley 100 de 1993 establece expresamente que la equidad es principio rector del servicio público de salud. En observancia del primero de los entendimientos propuestos, la ley señala que es finalidad del SGSSS proveer gradualmente, a todos los habitantes del territorio nacional, servicios de salud de igual calidad, independientemente de su capacidad de pago y de su riesgo de contraer enfermedades (art. 153). No obstante, el esquema de aseguramiento que diseña y organiza la Ley 100 dista mucho de ser equitativo. La ley trata de manera diferente a los afiliados del SGSSS, dependiendo de si tienen o no capacidad de pago. A quienes pertenecen al régimen contributivo les ofrece un plan de servicios de salud más completo del que ofrece a quienes pertenecen al régimen subsidiado. Así, mientras que el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo (POS-C) incluye medicamentos esenciales y servicios de prevención, promoción y recuperación de la salud, hasta del tercer nivel de complejidad, el del régimen subsidiado (POS-S) solamente incluye servicios de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, hasta del primer nivel de complejidad.

---

<sup>17</sup> Departamento Nacional de Planeación, Misión Social y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Op. Cit.*, p. 111.

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud. Citado por Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos –PROVEA-. *La salud como un derecho. Marco conceptual e internacional de protección al derecho humano a la salud.* En: La salud está grave. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá, 2000. p. 58.

Los cotizantes al SGSSS se encuentran, en este sentido, más y mejor protegidos contra los riesgos derivados de la enfermedad que las personas que carecen de capacidad de pago. La capacidad socioeconómica de las personas se constituye, en este caso, en un criterio que condiciona el acceso a los servicios de salud y que cualifica el tipo de protección que la persona está en posibilidad de obtener. El principio de equidad, entendido como igual oferta de servicios de salud para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, no logra, en consecuencia, materializarse a través de la Ley 100 de 1993.

La falta de equidad de la Ley 100 se refleja, adicionalmente, en la no incorporación del criterio de necesidad al SGSSS. Los planes obligatorios de salud tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado no responden a una visión diferenciada de las necesidades de salud de la población sino al propósito de mantener la viabilidad financiera del sistema.

En efecto, bajo el esquema de aseguramiento diseñado por la Ley 100, la inclusión y exclusión de determinados programas y procedimientos de los planes obligatorios de salud dependen de consideraciones de tipo presupuestal y no de las necesidades de salud de la población ni de su perfil epidemiológico. La apuesta por la viabilidad financiera del sistema ha motivado la no inclusión dentro de los planes de salud de programas de salud mental y de los elementos y aparatos tales como prótesis, sillas de ruedas, audífonos, etc., necesarios para facilitar la integración social de las personas con discapacidades. Esto ha motivado, adicionalmente, el diseño de planes de salud uniformes y homogéneos que no toman en consideración el ciclo de vida de las personas, su procedencia geográfica, sus prácticas y tradiciones culturales ni los requisitos de género.

La primacía, dentro del esquema de aseguramiento desarrollado por la Ley 100, del criterio de racionalidad económica sobre el principio de equidad, ha hecho, además, que sea la población que presenta más riesgo de enfermarse la que enfrente mayores dificultades para acceder a los programas y servicios de salud. Así, el pago de las llamadas “cuotas de recuperación”<sup>19</sup> hace que, a pesar de encontrarse afiliadas al régimen subsidiado, las personas no accedan a los servicios y programas de salud. Adicionalmente, la decisión del CNSSS de aplazar la nivelación del valor de la Unidad de Pago por Capitación<sup>20</sup> (UPC) del régimen subsidiado con la UPC del régimen contributivo ha impedido incorporar nuevos servicios y programas al POS-S<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Las cuotas de recuperación son los pagos que deben hacer los beneficiarios del régimen subsidiado por la utilización de los servicios de salud.

<sup>20</sup> La UPC corresponde al valor que anualmente reconoce el SGSSS a las entidades promotoras de salud por cada uno de sus afiliados. Esta unidad es definida por el CNSSS en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100, art. 182).

<sup>21</sup> En 1999, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) decidió no aumentar el valor de la UPC del régimen subsidiado y mantenerla en la cuantía fijada para 1998 (\$128.530). En el año 2000, el

Con fundamento en lo anterior, es posible sostener que la falta de equidad del SGSSS ha impedido avanzar en la integralidad de la protección social del derecho a la salud. Mientras el acceso a los servicios de salud dependa de la capacidad económica de las personas y no responda a las necesidades de los distintos grupos poblacionales, no será posible ampliar el radio de protección del derecho a la salud.

## **2.2. El reduccionismo que caracteriza al SGSSS ha impedido extender la protección social del derecho a la salud**

A la luz del derecho internacional de los derechos humanos, la salud es un derecho inclusivo que incorpora, además de la atención a la enfermedad un amplio conjunto de factores socio-económicos tales como la vivienda digna, la alimentación adecuada, el acceso a agua potable y a servicios de saneamiento básico y el goce de un medio ambiente sano y de condiciones de trabajo seguras.

El derecho al más alto nivel posible de salud físico y mental, reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, exige algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias. Exige, adicionalmente, proveer las condiciones materiales que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado. En este sentido, es claro que la extensión de la protección social del derecho a la salud pasa necesariamente por la garantía de la disponibilidad y el acceso del total de la población a ese conjunto de factores socioeconómicos que hacen posible que las personas puedan disfrutar del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental<sup>22</sup>. En Colombia, sin embargo, la política de protección del derecho a la salud carece de un enfoque integral que tome en consideración la importancia que para su efectiva realización tiene el poder disponer y acceder a los factores determinantes de la salud. En efecto, la Ley 100 de 1993 defiende una

---

CNSSS autorizó un aumento que compensara la inflación del año anterior, quedando en la suma de \$141.480. En estos dos años, el valor del la UPC del régimen subsidiado representó el 53.2% del valor de la UPC del régimen contributivo. La proyección hecha por el CNSSS en el 2000, indica que la UPC del régimen subsidiado aumentaría en sólo el 8% para el 2001 y en el 6% para el año 2002. DE CURREA-LUGO, Víctor. *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones*. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos –ILSA-. Bogotá, 2003. p. 198 y 199.

<sup>22</sup> La disponibilidad y el acceso a los programas, bienes y servicios de salud y a los factores determinantes de la salud es condición necesaria más no suficiente para la realización del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Conforme a lo expuesto por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la plena realización de este derecho exige, adicionalmente, que tanto los programas, bienes y servicios de salud como los factores determinantes de la salud, sean aceptables desde el punto de vista cultural y de buena calidad. Observación General No. 14. El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Párrafo 12.

visión completamente reduccionista del derecho, que únicamente toma en consideración los aspectos individuales y asistenciales del mismo.

Esta visión no ha permitido desarrollar, de manera suficiente y adecuada, los aspectos promocionales y preventivos del derecho. Tampoco ha permitido que las autoridades públicas encargadas del diseño y ejecución de la política pública de salud establezcan un diálogo claro y fluido con las autoridades que se encargan del diseño y la ejecución de las políticas de vivienda, alimentación, agua, saneamiento básico y salud ocupacional.

Así, según Natalia Paredes “la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Ley 100 de 1993 ha retrocedido en la realización de acciones de carácter intersectorial orientadas al mejoramiento de la salud de la población en general. La debida coordinación entre las instituciones de salud y las instituciones públicas encargadas de los programas de seguridad alimentaria, saneamiento básico y de control de vectores ambientales, se ha descuidado totalmente, pues ninguno de estos sectores considera este tipo de acciones entre sus prioridades, y el sector salud tampoco ha liderado la iniciativa; su preocupación central ha sido el desarrollo de las EPS y las IPS y su sostenibilidad organizativa y financiera (...)”<sup>23</sup>.

Mientras esta situación persista, y la política pública de salud siga concentrándose en la dimensión individual y asistencial del derecho, amplios sectores de la población permanecerán excluidos de la posibilidad de vivir en condiciones dignas y sanas. Para extender la protección social del derecho a la salud, no basta con hacer una adecuada utilización de los recursos disponibles, con aumentar las coberturas de aseguramiento ni con ampliar los contenidos de los planes obligatorios de salud. Es necesario, adicionalmente, velar porque todos aquellos factores socioeconómicos que permiten a las personas gozar de una vida sana, estén al alcance del total de la población.

## Conclusiones

1. Visto en términos de universalidad, el modelo de aseguramiento organizado y desarrollado en la Ley 100 de 1993 ha sido poco eficaz para extender la protección social del derecho a la salud en Colombia. Ello en razón a que el principio de solidaridad y el aseguramiento no permiten enfrentar, por un lado, situaciones de inestabilidad económica ni corregir los efectos contraproducentes que genera la lógica del agente racional con que se comportan usuarios y aseguradores del sistema, y por otro, no son

---

<sup>23</sup> PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia. *Op. Cit.* p. 55.

suficientes para eliminar los obstáculos geográficos, económicos y de falta de información que impiden que las personas tengan acceso real y oportuno a los programas y servicios de salud.

2. Visto en términos de integralidad, el modelo desarrollado y organizado por la Ley 100 de 1993 ha sido poco eficaz para extender la protección social del derecho a la salud en Colombia. Ello en razón a que en el SGSSS el acceso a los servicios de salud está condicionado por la capacidad económica de las personas y a que el modelo no responde a criterios de necesidad de los distintos grupos poblacionales y, en cambio, sí se desarrolla en torno a una visión reduccionista del derecho a la salud, que se concentra en los aspectos asistenciales e individuales del mismo.