

RECORRIDO HISTÓRICO DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN COLOMBIA

JUAN FERNANDO MURIEL ARENAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

FACULTAD DE DERECHO

MEDELLÍN

2017

RECORRIDO HISTÓRICO DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN COLOMBIA

JUAN FERNANDO MURIEL ARENAS

Trabajo de grado presentado para optar al título de Abogado

Asesor

Hernán Darío Aguiar Garcés

Mg. en Gobierno

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

FACULTAD DE DERECHO

MEDELLÍN

2017

Contenido

Introducción	5
2. Resumen.....	6
3. Abstract	7
4. Descripción de la situación problemática.....	8
5. Pregunta problema	10
6. Objetivos	11
General	11
Específicos	11
7. Justificación	12
8. Marco teórico	13
8.1 Época colonial	13
8.2 Legislación época republicana	15
8.3 Época centralista	18
9. Diseño metodológico	39
9.1. Enfoque epistemológico	39
9.2. Enfoque metodológico	40
9.3. Diseño muestral	43
9.3.1. Unidad de análisis.	43
9.3.2. Población.....	44
9.3.3. Muestra.	44

9.3.4. Cómo seleccionar la muestra.....	44
10. Instrumentos.....	45
Conclusiones.....	46
Referencias.....	48

Introducción

El Sistema General de Salud en Colombia es tal vez uno de los más cuestionados por los usuarios. Constantemente los ciudadanos exponen sus diferencias ante un modelo de salud que, a su juicio, cada vez tiene más restricciones y poca eficacia. Es por ello que desde el ámbito jurídico no se debe hacer caso omiso a las percepciones que tienen los ciudadanos respecto a la vulneración de sus derechos esenciales, como el del acceso a la salud y al bienestar que garantice y asegure la calidad de vida.

Este trabajo pretende mostrar cómo a la largo del tiempo, el Sistema de Salud en Colombia ha ido sufriendo transformaciones y cómo a partir de estas se pueden identificar soluciones o propuestas que sirvan para mejorar el enfoque que tiene. Así entonces se propone para el presente trabajo la siguiente estructura. En primer lugar, se describe la situación problema que da origen a la investigación; posteriormente se determina, mediante la recolección de fuentes documentales estatales, las leyes promulgadas para la salud en Colombia desde la época de la Colonia hasta el primer decenio del siglo XXI, a partir de este elemento se pueden determinar en cada uno de los momentos históricos, las principales variables socioculturales.

Luego del fundamento teórico de la investigación, se expone a grandes rasgos la metodología empleada, el tipo de muestra seleccionada y los instrumentos de recolección de la información. Finalmente, se proponen una serie de conclusiones y de recomendaciones generales respecto a los hallazgos obtenidos.

2. Resumen

Este trabajo tiene como fin realizar un análisis de los cambios que ha tenido el Sistema de Salud en Colombia desde la época de la Conquista y la Colonia hasta el año 2010. Para ello se hizo necesario realizar una revisión de la bibliografía relacionada con el tema. Se consultaron al menos 50 referencias de las cuales se descartaron un promedio de 20 publicaciones que no cumplían con los parámetros de búsqueda. Luego se pasó a definir una línea de tiempo que permitiera agrupar los hitos históricos más relevantes en materia de Salud y Seguridad social en Colombia, es así como se parte de la época de la Conquista, se hace tránsito por la Colonia y la época centralista, para dar lugar a la época republicana y a la promulgación de la actual Ley 100.

En un segundo gran momento se dio forma a cada uno los objetivos formulados con material de soporte que permitiera sustentarlos; se planteó como metodología de análisis el método hermenéutico planteado por el filósofo Jürgen Habermas para identificar con este las categorías de análisis y poder posteriormente formular una serie de conclusiones y recomendaciones relacionadas con un tema tan importante y polémico como lo es el Sistema de Salud colombiano.

3. Abstract

This work aims to perform an analysis of the changes that the Health System in Colombia has had since the time of the Conquest and the Colony until the year 2010. For this it was necessary to carry out a review of the literature related to the topic. At least 50 references were consulted, of which an average of 20 publications that did not comply with the search parameters were discarded. Then we went on to define a timeline that would allow us to group the most relevant historical milestones in the area of Health and Social Security in Colombia, that is how we started from the time of the Conquest, through the Colony and the centralist era, to give rise to the republican era and the promulgation of the current Law 100.

In a second great moment each one of the objectives formulated with support material that allowed sustaining them was shaped; the hermeneutic method proposed by the philosopher Jürgen Habermas was raised as an analytical methodology to identify with it the categories of analysis and then be able to formulate a series of conclusions and recommendations related to a topic as important and controversial as the Colombian Health System.

4. Descripción de la situación problemática

La evolución del Sistema de Seguridad Social en Colombia se ha visto afectada por diferentes aspectos políticos, jurídicos, sociales, financieros, entre otros. Basta recordar cómo este hecho ha estado presente en la cotidianidad de los colombianos, quienes desde tiempo atrás han vivido los problemas asociados a la atención en salud y a un sistema que pareciera manifestar síntomas cada vez más alarmantes. Ahora bien, la Carta Política colombiana consagra la salud como un derecho fundamental irrenunciable, no como una mercancía por la cual se debe pagar para obtener mejores servicios. Esto permite determinar que el sistema de la salud en Colombia no es un problema de leyes, ni de políticas aperturistas o no; es un problema de voluntad política, de análisis económico, de evolución de los procesos y de cuantificación de costos.

Dado este panorama, cabe cuestionarse el hecho de que para obtener un buen servicio de las instituciones prestadoras de salud deba recurrirse a medidas sancionatorias si se está actuando bajo un derecho fundamental amparado por la Constitución. Bajo este criterio se pretende obtener los elementos jurídicos que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio a partir del marco normativo referente a la seguridad social, garantizando efectivamente a cada ciudadano el derecho a la salud y a la permanente vigilancia del Estado colombiano, no simplemente como regulador o árbitro de la competencia. Por la información que llega a través de los medios de comunicación puede constatarse cómo dichos sistemas son ineficaces, ineficientes, poco diligentes.

Si bien la intencionalidad de este sistema es buena, la realidad permite entrever falencias considerables en la atención en salud relacionadas con la cobertura necesaria para satisfacer las necesidades colectivas, instalaciones deficientes, mala dotación en centros de salud y un

sin número de problemas que poco han ayudado al mejoramiento de los servicios, además de todo aquello que se pueda relacionar con la inoperancia de las leyes. Las medidas tomadas a través de la historia no solucionan la problemática social que surge en la cotidianidad, al contrario, deja en evidencia un sistema precario y una constante vulneración de los derechos fundamentales consagrados en la Carta Magna que en muchos casos, deriva en la muerte de pacientes a la espera de un servicio.

5. Pregunta problema

¿Las leyes que han regido el Sistema de Salud en Colombia, desde la Colonia hasta el año 2010, han garantizado el derecho fundamental a la salud de los colombianos?

6. Objetivos

General

- Identificar, mediante la recolección de fuentes documentales estatales, las leyes promulgadas para la salud en Colombia desde la época de la Colonia hasta el primer decenio del siglo XXI.

Específicos

- Determinar las leyes que han reglamentando el derecho a la salud en Colombia desde la época de la Colonia hasta el año 2010.
- Clasificar los principales momentos históricos en que han surgido leyes que han reglamentando el derecho a la salud en Colombia.
- Discriminar en cada uno de los momentos históricos, las principales variables socioculturales.
- Reconocer los diferentes factores que inciden en la consolidación del Sistema de Salud en Colombia.

7. Justificación

Al abordar la historia de las diferentes leyes relacionadas con los Sistemas de Salud en Colombia, los diferentes contextos históricos y estadísticas relacionadas con el tema de la salud, se puede tener una perspectiva amplia respecto a la efectividad que estas han tenido para garantizar el derecho que tiene toda persona a la salud. Un trabajo como el que se propone, si bien intenta mostrar cómo desde la ley misma puede garantizarse este derecho fundamental, puede dejar entrever algunas falencias en cuanto a su aplicación e interpretación que podría derivar en posibles reformas a las mismas.

Los sistemas de atención en salud y las leyes que tratan de proteger y garantizar los servicios necesarios se han venido desarrollando históricamente desde la época de la Conquista y Colonia española, a mediados del 1512, hasta la época más reciente. Estos momentos históricos relevantes en la evolución de los sistemas de atención en salud y su respectiva normatividad han tratado de garantizar el servicio y la cobertura de todos los ciudadanos colombianos. Es así como, por medio de un trabajo investigativo y por tanto, analítico, se busca clasificar los diferentes eventos históricos relevantes relacionados con los sistemas de atención en salud y las leyes promulgadas que sirven como garantes del bienestar y la protección social. Un análisis de este tipo permite clasificar y definir en un espacio de tiempo, la historia de los sistemas en atención en salud y las respectivas leyes que para su vigencia actuaban en pro del bienestar colectivo.

8. Marco teórico

8.1 Época colonial

Desde la época de la Conquista española se han vulnerado los derechos fundamentales de los indígenas colombianos y de países hermanos quienes fueron tratados de manera salvaje por un gobierno monárquico que pensaba en aprovechar al máximo la abundancia del Nuevo Mundo. Al imaginario europeo llega la imagen del indígena incivilizado y pagano que debía ser sometido al castigo y a la esclavitud para modelar su conciencia, así entonces:

“la opresión, el saqueo y la crueldad de los europeos contra las comunidades aborígenes enmarcaron las relaciones de dependencia y el colonialismo que han modelado la vida de países como Colombia en el Nuevo Mundo. El resultado del encuentro de Europa con América sencillamente puede sintetizarse como el gran desastre (...). Muchos fueron los mecanismos que los europeos usaron para lograrlo” (Arocha & De Friedemann, 1982, p.16).

Durante este mismo periodo rigen las llamadas Leyes de Indias, las que constituyen un derecho civil especial integrado por las reales cédulas y eran expuestas al rey por el Consejo de Indias, las cuales trataban más de manera política y pública que en beneficio de los conquistados. Estas fueron creadas con el propósito de administrar el territorio, obtener el monopolio comercial y las posesiones de ultramar, pero hacía poca referencia a la seguridad de los indígenas y a su nueva condición como esclavos, y por tanto, como carentes de alimentos y de adecuadas condiciones de salud. Lo anterior se debió, a juicio de los investigadores Carlos Alberto Mora y Margarita Pena Borrero, por el poco conocimiento que se tenía sobre la comunidad amerindia en los aspectos sociales, políticos y económicos de parte de las autoridades encargadas de dictar las leyes (Mora & Pena Borrero, 1987, p. 26).

Durante La Conquista española, las leyes que se formulaban pretendían mejorar las condiciones de vida de los indígenas y negros, cuyo fin se centraba en predicar asuntos morales infundados por el cristianismo. Así entonces, se hace necesaria la exhortación a la santa fe católica y a la manera en que esta debe ser asumida por todo fiel cristiano, se declara entonces la santa fe a los indígenas y se busca con esto predicársela para su salvación, enseñarles buenas costumbres, apartarlos de los vicios y cambiar su dieta (Díaz Plaja, 1972, p.41).

Siguiendo esta misma argumentación, en el documento Las leyes de Indias se menciona que:

“Las iglesias parroquiales se edificaron a costa del rey, vecinos e indígenas. Los bienes de la iglesia, sus fábricas eran vigilados por los preladados, con los cuales se construían hospitales y casas de huérfanos, los religiosos tendrían el manejo de las medicinas y dietas, tener cuidado con las casas de huérfanos y casas de recogimiento donde se críen las indias. Se encargaron los virreyes audiencias y gobernadores con especial cuidado provean, que en todos los pueblos de españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana” (De La Guardia, 1889).

Debido a las relaciones que existían entre el Estado español y la iglesia católica, esta última ejerció gran influencia en la sociedad colonial, influencia que se prolongó hasta el periodo republicano y aun hasta esta época.

En 1623 se inauguró en Santa Fe la Academia Javeriana y al viraje que daba la sociedad, en el año de 1636 se inician las primeras lecciones de Medicina y en 1704 las primeras de Derecho. El siglo XVII se caracterizó por un avance conceptual y estructural en materia hospitalaria y educativa, esto debido a que los hospitales funcionaban, más como albergues para

los pobres y los desamparados, que como un sitio acondicionado para brindar algún servicio relacionado con la salud.

8.2 Legislación época republicana

En este capítulo de la investigación se abordará el tema de la prestación del servicio de salud en la época republicana en Colombia -1886- y se analizarán los cambios normativos que se presentaron en la salud pública, el modelo implantado en este periodo, las instituciones creadas por el Estado y el progreso normativo del derecho a la salud. En este periodo se establece un nuevo marco jurídico para la organización de la salubridad pública y se adopta a la salud como una función del Estado. Como consecuencia de lo anterior, se promulga la Ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene, la cual se ocupó de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental y dio paso a la primera estructura estatal, que como lo expresa la misma ley, se debía encargarse de los problemas de salud de la población “con el objeto de obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública” (Ley 30 de 1886, art. 1)

La prestación del servicio de salud en este periodo se vio permeada con la promulgación de la Constitución colombiana de 1886, en donde se instituye la idea de salubridad y seguridad pública, al consagrarse en el artículo 44 que “las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, seguridad y salubridad pública” (art. 44, 1886). Desde este momento se puede vislumbrar el interés del Estado por garantizar la protección de la salud colectiva, que sin duda es un aspecto fundamental de la prestación del servicio de salud.

Ahora bien, cabe mencionar que durante la época republicana el Estado colombiano no planteaba la salud como derecho fundamental e inalienable de los individuos, sino que consideraba como su responsabilidad todos aquellos problemas relacionados con la higiene

pública y privada. Por higiene pública se entenderán todas las acciones relacionadas con la salubridad de los puertos, el manejo de aguas servidas, el control de algunos alimentos y establecimientos públicos, así como del seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidémicas. La higiene privada incluirá las acciones en el campo de la instrucción pública con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de la urbanidad, que por ese entonces se regulaba a través del Manual de urbanidad y buenas maneras de Manuel Antonio Carreño.

La atención de las enfermedades de los individuos no era algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del Estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien por sus propios medios debía resolver; aquel que no contaba con los recursos económicos necesarios, podía acudir a la caridad cristiana a través de las beneficencias y los voluntariados, o bien, a los servicios caritativos de las comunidades religiosas, así entonces, “la misma Constitución del 86, en contra de su predecesora liberal y atea de 1863, fortalece la idea del papel de la caridad cristiana erigiendo a la religión católica como esencial elemento del orden social” (Hernández Álvarez, 1991).

En el artículo 19 de la Constitución de 1886 se menciona que: “las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en sus vidas, honra y bienes y asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos” (Constitución Política de Colombia, 1886)

Como puede observarse, la visión que se tenía entonces del Estado era de protector y garante de la vida, la honra los bienes, el respeto recíproco y los derechos naturales y delito; pero a la vez de un ente regulador que aplica restricciones a algunos de esos derechos que, en exceso o en ciertas situaciones, pueden generar desorden y anarquía; por ejemplo, la libertad de prensa

en tiempos de guerra, el derecho a la vida frente a "delitos graves" (Constitución Política de Colombia , 1886, arts. 48-52).

Sólo hasta la reforma de 1936, en medio de un abrupto cambio económico, social y político relacionado con el proceso de urbanización y de industrialización que en sólo dos décadas consolida sus bases, el Estado colombiano se enuncia con deberes sociales (Hernández Álvarez, 1991, p.20).

El modelo adoptado en esta época fue el "Modelo higienista" (1886-1950) y bajo este se salvaguardó la idea de salubridad y de seguridad pública el cual se limitó a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946 se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales -hoy Nueva EPS- que atendía a los empleados del sector privado formal.

La prevención de la enfermedad fue asociada a la exposición de condiciones ambientales inadecuadas que pueden ser corregidas con medidas sanitarias higiénicas por parte de Estado. Esta teoría tomó mayor fuerza con la teoría microbiana de finales del siglo XIX e influyó en la creación, en el año de 1946, del Ministerio de Higiene; sin embargo, solo hasta 1950 se iniciaron cambios trascendentales en la época centralista.

A continuación se presentan a grandes rasgos los artículos que se refieren a la salud y a los derechos contemplados respecto a ella:

Artículo 19. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos (Constitución Política de

Colombia , 1886, art. 19). Según este primer artículo *De los derechos civiles y las garantías sociales*, las autoridades de la República de Colombia están creadas con la misión de proteger a las personas que viven en Colombia, así como su vida, honra y bienes, dando por sentado el derecho a la salud. En este mismo sentido se podría complementar lo dicho con el artículo 20 “Los particulares no son responsables ante las autoridades sino por infracción de la Constitución o de las leyes. Los funcionarios públicos lo son por la misma causa y por extralimitación de funciones, o por omisión en el ejercicio de éstas” (Constitución Política de Colombia , 1886, art. 20).

En este artículo se expresa que los ciudadanos particulares son responsables ante las autoridades por la infracción de las leyes, así como los funcionarios públicos; pero estos últimos también son responsables por sobrepasar las funciones y facultades de su cargo, así como de abstenerse a ejecutar sus deberes legales, para los que fueron encargados. Esto quiere decir que la extralimitación en las funciones y la omisión en la protección de la vida son hechos punibles para los funcionarios públicos encargados de velar por la salud.

8.3 Época centralista

La época centralista comprende los periodos entre 1900 a 1993. En 1905, la Junta Central de Higiene bajo el acuerdo N°7/1905 acordó que no podían crearse centros y casas de salud, hospitales sin su previo permiso o el de la respectiva Junta Departamental de Higiene, pues debían llenar una solicitud que indicara el edificio que utilizarían y el número de enfermos a tratar con el ánimo de que se dispusiera una comisión de inspección que garantizara las adecuadas condiciones para la recuperación de los enfermos. Durante este periodo se tomaron

las medidas que se mencionarán a continuación relacionadas con la reglamentación en salud.

Por medio de la Ley 11 de 1920, el congreso dispuso que

“todo individuo que importara o preparara especialidades farmacéuticas y todo agente vendedor que representaba casas extranjeras que las prepararan, tenían la obligación de presentar la fórmula clara y exacta de la respectiva preparación a la Comisión de Especialidades Farmacéuticas” (Ley N° 11, 1920).

Con la Ley 35 de 1929 se decretó todo aquello que se entendía concerniente al ejercicio de la medicina, como por ejemplo:

“diagnosticar e instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar intervenciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se reputa como médico al individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que acredite su idoneidad” (Ley N° 35, 1929)

Por medio de la Ley 99 de 1922, se establecieron las medidas profilácticas sobre enfermedades infectocontagiosas, en ese sentido se consideró que, obligatoriamente, se debían denunciar ante las autoridades sanitarias correspondientes las siguientes enfermedades: “Cólera asiático y cólera nostras; fiebre amarilla; peste bubónica; tifo exantemático; fiebre tifoidea y paratifoidea; viruela; difteria; escarlatina; disentería bacilar y amibiana; tuberculosis pulmonar y laríngea; neumonía infecciosa; meningitis cerebro-espinal y epidémica y la lepra” (Ley N° 99, 1922).

Con la ley 15 de 1925 se decretaban aquellas ciudades que, según el poder ejecutivo, debían tener sanatorios o establecimientos para tratar enfermos de tuberculosis, así como con la ley 12 de 1919 “autorizó al Poder Ejecutivo dictar las medidas convenientes para organizar y reglamentar la lucha contra la anemia tropical”.

Estas reglamentaciones se dieron en Colombia en medio de los acontecimientos violentos que suscitó el golpe de Estado contra el presidente Laureano Gómez, luego de ceder en 1951 el poder a Roberto Urdaneta y de su intento por recuperar su cargo en el año de 1953 cuando fue depuesto en un golpe de Estado por el general Gustavo Rojas Pinilla.

Todos estos eventos y regulaciones buscaban, por así decirlo, mejorar el Estado Social, al intentar lidiar con enfermedades que imperaban en el momento y que no tenían el tratamiento adecuado; así como la participación activa del Gobierno por erradicarlas, además del Congreso de regular situaciones que hasta este momento se encontraban fuera de su órbita normativa y la institucionalización de varios organismos del nivel Central que hasta el momento no existían.

Es durante esta época que tiene lugar la creación de las instituciones básicas del sistema de salud de Colombia que hoy se encuentran en transformación como la Caja Nacional de Previsión, entidad que se encargaría de la seguridad social de los trabajadores del Estado del orden nacional; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, el primero destinado a la seguridad social de los trabajadores del sector privado y el segundo a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada y a la aplicación de las medidas de higiene pública y privada. A la par se consolidaba la práctica profesional liberal que prestaba servicios a la clase más favorecida desde los consultorios hasta las grandes clínicas; sin embargo, quedaba sin institucionalizar el conjunto de prácticas médicas populares e indígenas, tanto rurales como urbanas (Hernández Á, 2000, p. 22).

Esta multiplicidad de formas de prestación de los servicios de salud comenzó a instalarse desde el comienzo del siglo e intentó ser superada en 1938 con la creación de un aparato del poder ejecutivo que debió integrar todos los servicios bajo el nombre de Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

En 1950 se da inicio a un proyecto que abordaba la administración en el campo de Servicios de Salud Pública en Cooperación con la UNICEF razón por la cual, se creó la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud. El proyecto llamado “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Pública en Colombia” buscaba erradicar y controlar las enfermedades del momento, como malaria, lepra, viruela, tuberculosis, por lo cual se abrió puerta a un fuerte debate entre los años 1951 y 1960 en donde se tocaron aspectos tales como el surgimiento y erradicación de enfermedades transmisibles y pusieron en marcha algunos planes de acción en Centros de Salud, además de la asignación de muy recursos materiales y humanos.

Respecto a la viruela, la tuberculosis y la lepra, enfermedades imperantes del momento, se emprendió una campaña para vacunar alrededor del 80% de los habitantes y evitar con ello la propagación de éstas hasta 1971, año en que se declararon totalmente erradicadas.

Sin embargo,

“Con la tuberculosis había que ser más cautos. Por ello sólo se propuso y se realizó una “gran cruzada de vacunación en masa”, con participación de UNICEF, que se extendió del 20 de septiembre de 1954 al 31 de diciembre de 1956. Con el fin de cuantificar la incidencia de la tuberculosis en el país, se efectuaron 4.751.882 pruebas de tuberculina”

(Miranda, 2002)

Además de las normas antes mencionadas acerca de la regulación de la salud, se dieron otras tantas que buscaban abarcar aspectos relacionados con la salud ocupacional, la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria, el seguro social obligatorio, la protección del medio ambiente y el Sistema de Seguridad Social Integral. A continuación se mencionan estas y sus alcances:

- **Ley 57/1915**, que regulaba todo lo relacionado con la salud ocupacional.
- **Ley 46/1918**, por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria.
- **Ley 90/1946**, por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.
- **Ley 9/1979**, con la cual se regulaba todo lo relacionado con la protección del medio ambiente.
- **Ley 100/1993** o Sistema de Seguridad Social Integral.

Ley 57/ 1915

Antes de la Ley 57 de 1915, los trabajadores eran considerados como una fuerza de trabajo barata, además no existía una normatividad laboral que obligara a los empleadores a asumir sus responsabilidades. La organización de la economía exportadora de materias primas y de bienes intermedios y de capital trajo un flujo de ideas y conocimientos que motivaron debates públicos. Las ideas socialistas llegaban al país con más fuerza, mientras que las organizaciones obreras iban abriéndose cada vez más espacio en el aspecto político y las propuestas modernizantes y progresistas de corte liberal iban llenando agendas. Al mismo tiempo, el discurso higienista de la salud y las fórmulas del aseguramiento de condiciones básicas fundamentales para la población trabajadora se materializaban en políticas públicas.

Con la investigación respecto a la higiene se buscaban medidas específicas para controlar la propagación de enfermedades tropicales y de transmisión frecuentes en las ciudades. Sin embargo, aunque la población colombiana todavía era en su gran mayoría rural, el desarrollo industrial traía consigo cada vez más personas a las zonas urbanas, demandando intervenciones directas que permitieran disminuir los riesgos relacionados con el aumento de población.

Es de anotar que estas disposiciones fueron impulsadas por las empresas extranjeras que vieron la necesidad de tomar medidas de control ante las enfermedades tropicales desconocidas para ellos, tal como ocurrió durante la construcción del Canal de Panamá, en la que muchos de los trabajadores resultaron afectados por epidemias de fiebre amarilla y malaria y unos tantos murieron.

Los planteamientos respecto a la salubridad pública, todos estos de origen alemán, fueron tomando fuerza en las organizaciones obreras de corte socialista. A grandes rasgos hablaban de la manera en la que los trabajadores debían realizar sus labores de una manera más segura, es decir, sin afectar su vida personal ni extralimitarse en sus funciones. Estos planteamientos, además de las experiencias previas de movimientos obreros dieron lugar a que en 1915 naciera la Ley 57, cuyo fin era promover la reglamentación en relación con los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, llegando a la conclusión de que el desarrollo de una actividad laboral puede derivar en una serie de riesgos en sí misma, más aún en el desarrollo de actividades físicas y mecánicas.

Es de tener en cuenta que la ley no solo define qué se entiende por riesgo y cuáles pueden considerarse como tales, también incorpora una serie de responsabilidades de los empleadores en caso de presentarse estos eventos como las prestaciones económicas y sociales al trabajador entre las cuales están las pensiones, indemnizaciones, tiempos de recuperación, acompañamiento para su ayuda y sufragar gastos que esto suponga para su labor.

Ley 46/1918

Esta ley propone una medida de salubridad pública y provee la existencia de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. El primer aspecto importante se presenta al incorporar en el artículo 4 la alusión a que los funcionarios de policía y de higiene pueden “visitar las casas,

piezas, accesorias y demás edificios arrendados o destinados a serlo, con el objeto de averiguar si tienen o no las condiciones higiénicas determinadas por la Dirección General del Ramo, señalar el término que juzguen prudente para que tales condiciones sean llenadas e iniciar el juicio de Policía conducente a la imposición de las penas a que haya lugar” (Ley N° 46,1918, art. 4)

Un segundo aspecto se presenta en el artículo 5, pues en él se establece que para realizar la visita, se le notificará a los habitantes del edificio, si este se encuentra habitado, y en caso de que no lo estuviese, la comunicación se enviará al dueño con 24 horas de anticipación. Otro artículo de esta ley establece que “Es obligación de los Municipios que tengan más de quince mil (15,000) habitantes para destinar el dos por ciento (2 por 100) del recaudo de sus impuestos, contribuciones y rentas, a la construcción de viviendas higiénicas para la clase proletaria. Estas viviendas tendrán que llenar las condiciones impuestas por la Dirección General de Higiene” (Ley N° 46,1918, art. 7)

Por último, en el artículo 12 se establece que “La Dirección General de Higiene organizará una cartilla de Higiene Pública, que el Gobierno hará publicar y distribuir en todos los Municipios de la República” (Ley N° 46,1918, art. 12). Estas disposiciones contempladas en la ley dejan ver un interés del Gobierno Nacional por fijar condiciones adecuadas de salubridad para todos los colombianos, especialmente para las clases menos favorecidas.

Ley 90/1946

Con la ley 90 de 1946, se estable para todos los colombianos cobertura en salud gracias a la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Durante esta época se dieron varios eventos relacionados con el tema de la salud, entre los cuales se destacan los que se mencionan a continuación.

El 10 de mayo de 1929, el entonces Ministro José Antonio Montalvo, presentó el primer proyecto de ley tendiente a implementar el Instituto de Seguros Sociales en Colombia, pero este fue archivado. Posteriormente, el 21 de julio de 1945, el Ministro de Trabajo presentó a consideración del Congreso el proyecto de ley que se convirtió en la ley 90 de 1946, creadora del Seguro Social obligatorio y del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales; esta ley fue aprobada el 11 de diciembre de ese mismo año y sancionada por el Presidente Mariano Ospina Pérez el 26 de diciembre de 1946. Así entonces, el Instituto comenzó a prestar sus servicios el 26 de diciembre de 1949, siendo su primer director Carlos Echeverri Herrera y empezó a operar con los únicos riesgos de enfermedad natural y maternidad. En 1965 se incluyen riesgos profesionales bajo la administración de Guillermo León Valencia.

En 1967, siendo presidente Carlos Lleras Restrepo, se ampliaron los beneficios a los riesgos de invalidez, vejez y muerte. La ley 90 de 1946, fue sustituida casi en su totalidad por el Decreto 0433 de 1971 y el Decreto 1650 de 1977. Este último “le dio una nueva organización acorde con la doctrina y normas de la reforma constitucional y administrativa de 1968” (Henaó R, 2016) La universalización de los Seguros Sociales se inició con el Decreto 0770 de 1.975, mediante el establecimiento del sistema de medicina familiar que se fijó para las ciudades de Barranquilla, Villavicencio y Barbosa (Antioquia).

Ventajas del Seguro Social

Sobresalen las siguientes ventajas del Instituto de Seguros Sociales:

- El régimen de las prestaciones patronales y la efectividad de los derechos del trabajador están subordinados a la solvencia del empresario. En el Instituto de Seguros Sociales esos derechos siempre están garantizados, incluso en caso de quiebra o desaparición del patrono.

- En el Seguro Social todos los empresarios cotizan en proporción a los salarios que pagan y todos los trabajadores se benefician por igual.
- En el régimen de las prestaciones patronales, aún las grandes empresas, soportan una carga excesiva al convertirse en aseguradores contra todos los riesgos profesionales. En los Seguros Sociales la carga es menor, pues al distribuirse los riesgos dentro de la población activa, se reduce la incidencia individual de cada siniestro y el Estado además contribuye con la debida financiación.
- En el régimen de las prestaciones patronales, el trabajador exige sin medida porque nada le cuesta. En el Seguro Social el trabajador paga en cotización por un servicio que exige como derecho y no recibe como dádiva generosa y no encuentra motivo de fricción con el patrono, pues no es éste quien lo asiste, sino un organismo oficial.
- Sin el régimen de las prestaciones patronales no es posible asegurar a quien le sirve alternativamente a varias empresas, especialmente en las labores a domicilio, ni mucho menos a personas que trabajan por su propia cuenta como voceadores de periódicos, loteros, artesanos, músicos, pequeños comerciantes, entre otros. En el Seguro Social todos los gremios quedan salvaguardados.

El Seguro Social obligatorio es una norma jurídica de carácter social. Norma objetiva, en cuanto al deber conjunto del Estado, patrono y obrero de garante de la satisfacción de las necesidades padecidas por el riesgo en el sujeto del derecho laboral, el trabajador. La ley 90 de 1.946, estableció el Seguro Social obligatorio, pero no con el contenido que tiene hoy la seguridad social, sino, restringido, por cuanto no era efectivo, sino a favor de los trabajadores dependientes.

Sobre la seguridad social colombiana también se pueden hallar modificaciones en los decretos y leyes que se mencionan a continuación: “Ley 2324 de 1948; decreto legislativo 3850 de 1949; decreto ley 0433 de 1971; decreto 770 de 1975 y los Decretos 597 de marzo 29 de 1970 y 1650 de 1977” (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, 2016). Para efectos del Seguro Social obligatorio, se entiende por patrono, toda persona natural o jurídica, de derecho público o privado, que utilice los servicios de otra persona, en virtud de un contrato de trabajo verbal o escrito, o de un contrato de aprendizaje (Decreto No. 1824, 1965, art. 1); igualmente, el reglamento del Instituto determina que la principal obligación recae sobre el patrono, incluso si este tiene representantes.

Ahora bien, dentro del régimen del Seguro Social se incluyen las siguientes personas:

- Los trabajadores nacionales y extranjeros, que en virtud de un contrato de trabajo o de aprendizaje, prestan sus servicios a patronos de carácter particular, siempre que no sean excluidos expresamente por la ley.
- Los trabajadores que presten sus servicios a la Nación, los Departamentos o los Municipios, en la construcción, reparación y mantenimiento de las obras públicas y todos los trabajadores de los establecimientos públicos, así como empresas industriales y comerciales del Estado y sociedades de economía mixta, de carácter nacional, departamental y municipal.
- Los trabajadores que presten sus servicios en la ejecución de un contrato sindical, caso en el cual la entidad sindical se entiende como patrono de los trabajadores.
- Las personas que integran los demás grupos de la población económicamente activa, rural o urbana, no comprendida en los literales anteriores, siempre que por la ley no estuvieren afiliados en forma obligatoria a otro régimen de previsión social de carácter

oficial. Cabe destacar, que es obligación del patrono, afiliar a sus trabajadores al Seguro Social desde el momento de la vinculación a la empresa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 51 del Decreto 770 de 1975.

Ley 9/1979

La ley 9 de 1979 tiene varios conceptos y reglamentaciones que hacen referencia a los derechos de los empleadores con los trabajadores, a la vez que presenta los deberes de los trabajadores respecto a su obligación y responsabilidad respecto al trabajo que realizan. Esta ley además contempla regulaciones frente a la protección del medio ambiente, el suministro de agua, el alimento y la salud del trabajador.

En esta misma ley se hace hincapié en la necesidad de dar a conocer a cada trabajador las ventajas de aplicar la seguridad en su trabajo, en revisar que todos los implementos destinados a este fin estén en óptimas condiciones y cumplan con la ley, conocer los factores de riesgo de su área laboral y relacionarlos con la salud ocupacional.

La ley 9 de 1979 reglamenta las actividades y competencias de Salud Pública necesarias para asegurar el bienestar de la población y garantizar su calidad de vida. Esta ley dictamina las reglas más importantes para el funcionamiento de diversas entidades, producto o situaciones que influyen en las condiciones de vida de la comunidad; pretende eliminar y evitar la contaminación del agua de consumo humano mediante la regulación de las actividades que se desarrollen cerca de fuentes del líquido vital para asegurar la conservación del recurso y su calidad.

De igual manera, pretende eliminar y evitar la contaminación del agua de consumo humano mediante la regulación de las actividades que se desarrollen cerca de fuentes de agua para asegurar la conservación del recurso y la calidad del agua potable; establece las normas a las que deben sujetarse alimentos, bebidas, materias primas, establecimientos industriales y

comerciales y todo el personal relacionado con la actividad; reglamenta el funcionamiento de los establecimientos relacionados con el área farmacéutica, así como las características que deben cumplir los medicamentos en general, contiene los deberes y derechos de los empleadores y trabajadores, así como las precauciones que se deben tener en las industrias a nivel de higiene y seguridad industrial, tomar medidas para evitar o atenuar los efectos de un posible desastre mediante los análisis de vulnerabilidad de cada región del territorio colombiano, establecer medidas de control de agentes químicos y físicos que puedan afectar la salud humana en todo tipo de establecimientos mediante la regulación de las características de localización, esquema básico y manejo de protección contra accidentes; determinar fenómenos como enfermedades transmisibles y no transmisibles que afecten la salud pública mediante el manejo de información relacionada con la situación de salud de la comunidad.

Con esta normativa, el Estado, mediante el Ministerio de Salud vigila y controla el cumplimiento de las reglamentaciones de esta ley imponiendo sanciones a los infractores con el fin de asegurar la higiene y seguridad en todas las actividades, reglamentar la expedición de certificados de defunción, prácticas de autopsias y control de la inhumación y exhumación de cadáveres.

Como la salud es un bien de interés público, tanto el Estado como los particulares deben velar por la seguridad propia y de la comunidad, la reglamentación de las actividades y competencias de salud pública para asegurar el bienestar de la población, así mismo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los menos favorecidos; regular las actividades que desarrollen cerca de fuentes de aguas para asegurar la conservación del recurso no permitiendo que se arrojen basuras ni desechos tóxicos a los ríos y lagos; dotar a los trabajadores de los

elementos de protección para minimizar los riesgos de accidentes laborales; usar los implementos de seguridad con responsabilidad para evitar accidentes en el área de trabajo.

Ley 100/1993. Sistema de Seguridad Social Integral

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. De igual forma, el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social. Por eso, la misma ley dice “La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la misma” (Ley N° 100,1993, art. 4)

Sistema general de pensiones

“El Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la presente ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones El Sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional” (Ley N° 100,1993. Libro 1, título 1, capítulo 1). El Sistema de Seguridad Integral garantiza el derecho a la salud a las personas y comunidades ante las eventualidades que la

amenacen mediante el cumplimiento de las obligaciones estatales avalando el cubrimiento en aspectos económicos y asistenciales de salud.

Regímenes del Sistema General de Pensiones

a. Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.

b. Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

Existirá un Fondo de Solidaridad Pensional destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social. Ningún afiliado podrá recibir simultáneamente pensiones de invalidez y de vejez.

Serán afiliados al Sistema General de Pensiones bajo dos modalidades: de forma obligatoria o de forma voluntaria.

Además de lo anterior la ley 100 contempla las siguientes disposiciones:

- Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral, se calculará sobre el 70% de dicho salario.
- La afiliación al Sistema de Seguridad Social se hará de dos maneras, bajo la modalidad de Régimen contributivo y de Régimen subsidiado.

Sistema General de Riesgos Profesionales

Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional

- Las pensiones de invalidez originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional continuarán rigiéndose por las disposiciones vigentes, salvo lo dispuesto en relación con el sistema de calificación del estado de invalidez y las pensiones de invalidez integradas a que se refieren los artículos siguientes.

- Devolución de Saldos por Muerte Causada por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.
- Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud.
- La calificación del estado de invalidez derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional se sujetará a lo dispuesto en esta ley para la calificación de la invalidez por riesgo común.

Servicios sociales complementarios

La ley 100 incluye dentro de su cobertura un programa de auxilios para los ancianos en situación de calle que cumplan los siguientes requisitos:

- a. Ser colombiano.
- b. Llegar a una edad de sesenta y cinco años o más.
- c. Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional.
- d. Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social.

A continuación se mencionan los artículos de la Ley 100 más relevantes en el tema de la salud en Colombia:

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (...) Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños

prevalecen sobre los derechos de los demás” (Constitución Política de Colombia, 2010, art. 44).

Con este artículo se implementa dentro de la protección de la infancia, los derechos elementales de los niños, entre los cuales la salud y la seguridad social son pilares, a la vez que determina que en caso de omisión de sus deberes como garantes de este derecho, los responsables serán sancionados.

“Artículo 49. Acto Legislativo No. 02 de 2009, artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución Política de Colombia, 2010, art. 49).

. En este artículo el Estado se compromete a brindar la atención en salud y el saneamiento ambiental, como parte integral del bienestar colectivo, así como estructurar, liderar y regular dichos servicios para garantizar a todos sus ciudadanos condiciones dignas de vida.

A la vez se señalan el artículo 78, bajo el cual se determina que el Estado es el veedor de la prestación de servicios a la comunidad y hará responsables a los productores y comercializadores de bienes y servicios que atenten contra ésta. De igual forma con el artículo 366 se muestra cómo una de las metas del Estado dar satisfacción a las necesidades no resultas en materia de salud y en otros sectores afines a la salubridad.

Ley 100 de 1993. Preámbulo

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para

proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El Estado aborda la Seguridad Social Integral en un conjunto de instituciones y directrices, que pretenden dar cobertura a todos los ciudadanos cabalmente en materia de salud.

Artículo 1. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El sistema de seguridad integral garantiza el derecho a la salud a las personas y comunidades ante las eventualidades que la amenacen mediante el cumplimiento de las obligaciones estatales avalando el cubrimiento en aspectos económicos y asistenciales de salud.

8.4 Época neoliberal

La Constitución Política de 1991 permitió al sector privado desempeñar y ofrecer servicios en el ámbito de la salud que antes solo eran competencia del Estado, con el objetivo de garantizar el acceso a derechos fundamentales acompañado este planteamiento con procedimientos jurídicos como la acción de tutela.

Las condiciones tecnológicas y económicas globales del siglo XXI influyeron en el país y, de alguna manera, propiciaron cambios en las políticas públicas del sistema de salud con el fin de incrementar la eficiencia de la administración pública y su economía; sin embargo, prevaleció

el poderío técnico de las grandes entidades privadas extranjeras, quienes finalmente tuvieron influencia directa en los intereses políticos.

Lo que inicialmente se estableció como una estrategia para bajar los costos de acceso a la salud al permitir que se prestaran servicios de salud desde el sector privado, derivó en un sistema desfavorable para el ciudadano del común al presentar fallas generalizadas en el servicio.

La ley 100 de 1993 se inspira en principios como la universalidad con “garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida” y solidaridad, puesto que “cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias” (Ley N° 100,1993. Art. 2, literal b), aunque hasta la fecha no se han llegado a materializar, hecho que se puede evidenciar, pues “hasta el 2012 los planes de salud contributivo y subsidiado no contaban con iguales recursos *per cápita*, para el financiamiento de servicios, supuestamente iguales” (Martínez, 2013, p. 8), además, “el gasto en salud de Colombia en 2008 fue del 8 % del PIB y no alcanzaba a cubrir el 100 % de la población con el POS, lo que es una muestra de su ineficiencia” (Merlano P & Gorbanev, 2016, p.3), tal como lo indica la

Tabla 1.

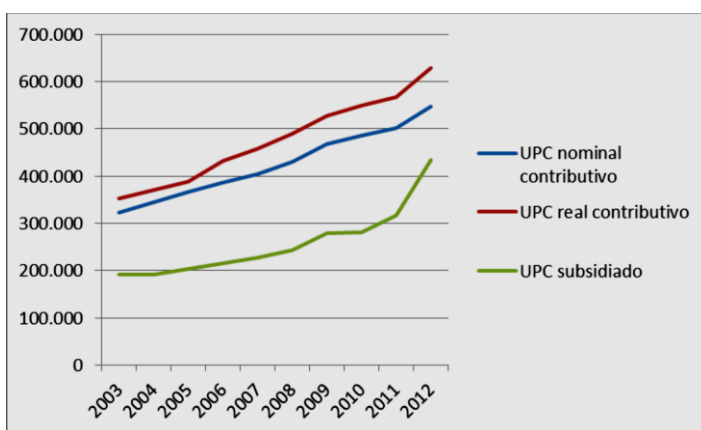


Tabla 1. Recuperada de FEDESALUD. Equidad en el financiamiento. Incluye UPC nominal y la real estimada con los pagos adicionales a la UPC por ponderadores por edad y por promoción y prevención en el Régimen Contributivo, pagos que no reciben las EPS del Régimen Subsidiado.

Para los críticos, este sistema además de tener altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia, no logra cubrir a la totalidad de la población con el Plan Obligatorio de Salud (POS), sumado a esto, se menciona que gran parte de los recursos de salud “se han canalizado hacia el sector privado, sin que hasta ahora se haya calculado su monto. El gobierno colombiano ha demostrado su incapacidad para regular y controlar el sector privado” (Martínez, 2013, p.18).

Por todo el panorama anterior, el investigador Feliz Martínez, en su libro *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* considera que las consecuencias de esta falta de planeación y organización de la prestación de servicios de salud por parte del Gobierno se pueden discriminar así:

“El tipo de instituciones creadas y sus contratos, tales como el incentivo a la negación o postergación de servicios o el traslado del riesgo en los pagos por capitación y la conversión de los hospitales en empresas comerciales.

Los mecanismos de apropiación de los recursos dirigidos a los servicios de salud, el rentismo y la transferencia de precios. La tendencia del mercado a derivar gran parte de los recursos de la salud hacia los negocios que producen mayor margen de rentabilidad, alta tecnología y medicamentos innovadores, como hacia los servicios ubicados en los barrios de mayor poder adquisitivo de los grandes centros urbanos, mientras se abandonan los servicios básicos de salud, especialmente los dirigidos hacia las poblaciones pobres o dispersas” (Martínez, 2013, p.18-19).

Adhiriéndose a lo anteriormente expuesto, se encuentran posturas que complementan esta fuerte crítica al Sistema de Salud que se tiene en la actualidad en el país, entre las cuales se destacan:

- Incumplimiento de la cultura de la prevención; no se educa para evitar una contingencia, sino que se trata la enfermedad en sí, lo que afecta las expectativas de vida de los colombianos y la economía del sistema.
- Incompatibilidad entre filosofías económicas y de impacto social, entre rentabilidad *versus* acceso a los servicios médicos.
- Incumplimiento de las metas de eficiencia en la prestación del servicio de salud, ya que el gobierno permite que no se reduzcan costos de transacción en la cadena de salud entre las Instituciones Prestadoras de Servicios -IPS- y la Entidad Promotora de Salud –EPS-.

Este último punto genera como secuela el déficit financiero, dado que la mala atención obliga a los usuarios del sistema a poner en ejercicio la acción de tutela que en suma genera gastos imprevistos al sistema, que pueden ser mitigados con políticas preventivas específicas. De hecho, durante “el segundo semestre del 2009 se hizo evidente un déficit de \$ 600.000 millones de pesos en las finanzas de los entes territoriales, lo que a su vez acentuó los problemas de flujos y pagos a las EPS e IPS públicas y privadas” (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, 2016, p.9).

En el año 2017 las críticas al Sistema de Seguridad Social en Colombia, como el acceso y la calidad del servicio, la cobertura, la contratación, entre otras, derivaron en modificaciones considerables que se vieron reflejadas en la promulgación de la Ley 1122. Para el experto en políticas públicas, Jairo Humberto Restrepo uno de los grandes cambios que tiene la nueva ley es la de incluir la figura del Defensor del usuario, pues facilita la relación entre los usuarios y el sistema y busca subsanar los posibles malos manejos que se den en materia de salud. De igual forma se señala que “la Ley faculta al Ministerio de la Protección Social para que establezca mecanismos para la evaluación a través de "indicadores de gestión y resultados en salud y

bienestar", los cuales podrán usarse para definir estímulos y castigos a las entidades que administren recursos del sistema, oportunidad muy interesante para orientar los esfuerzos de los actores del sistema hacia el alcance de metas en salud” (Restrepo, 2007).

Un cambio negativo que se menciona en el mismo artículo es el hecho de que se haya aumentado el costo que cotiza el empleado y el empleador, situación que pone aún más en desventaja al primero puesto que le limita cada vez más el acceso al recurso. En este mismo sentido vale la pena mencionar que se conserva el interés del gobierno por asegurar a la población más vulnerable (régimen subsidiado), es decir, estratos 1 al 3, en un 100%, mientras que para el régimen contributivo no se hacen modificaciones importantes ni se otorgan subsidios, así entonces:

“un aspecto poco afortunado, en cuanto contradice la idea o desvía el horizonte de una cobertura universal en sentido de población con planes de beneficios idénticos, es que la Ley le da un carácter permanente al esquema de subsidios parciales, lo cual no es más que un subsidio pleno a la cobertura de un plan de beneficios parcial. Estos podrán emplearse para afiliar a población del nivel 3 del Sisbén en los municipios en los que se haya alcanzado una cobertura del 90% de subsidios plenos en los niveles 1 y 2, con una UPC que no puede ser inferior a 50% del valor de la UPC del régimen subsidiado” (Restrepo, 2007).

Con la ley 1122 aún se avizoran vacíos en cuanto a la contratación y la injerencia de los sectores privados en la administración de los servicios de salud; la Ley no es clara en cuanto a la manera en que se administrarán los recursos por parte de los particulares y la contratación que puedan llegar a tener con las ESE.

9. Diseño metodológico

9.1. Enfoque epistemológico

Emprender una investigación implica adoptar una posición epistemológica, es decir, asumir una idea de la ciencia susceptible de ser probada a través de la experiencia sensible. En este sentido, en el abordaje de este trabajo se consideró la perspectiva epistemológica de Jürgen Habermas, es decir, la teoría de los intereses (1982). Habermas parte de un concepto de ciencia inspirado en la categoría *interés* y adiciona a tres formas o caminos que se pueden elegir al momento de investigar, sin perder de vista que cada uno de estos tiene una forma particular de acercarnos al objeto susceptible de ser investigado.

En este sentido, son tres los intereses que postula el filósofo alemán, a saber, interés técnico, práxico y emancipatorio. Por interés técnico, se entiende el mundo de las disciplinas empírico-analíticas que guiarán las investigaciones cuantitativas. Este interés exige un tipo de reflexión y acción muy precisa, unos pasos bien definidos y unas reglas bien claras, puesto que si se hace de otro modo, no se logrará lo que se pretende respecto al objeto de estudio elegido.

Por interés práxico se entiende el mundo de las disciplinas histórico-hermenéuticas que se encargarán de guiar las investigaciones de tipo cualitativo o etnográfico. Este tipo de investigación no intenta alcanzar el éxito, ni trabajar con reglas o instrumentos precisos, sino dar sentido, interpretar vivencias o textos que se quieran comprender, de esta manera, el fin perseguido es que toda una comunidad auto reflexione e intente comprenderse desde sus tradiciones de tal forma que sus asociados orienten su acción y puedan sentirse parte de una misma cultura; es por esto que la interpretación permite llegar a acuerdos motivados luego de fuertes disensos, puesto que relaciona lo teórico y lo práctico en un contexto con características singulares.

Por interés emancipatorio se pretende la liberación, es decir, permite a los individuos y comunidades que están comprometidos con una investigación a producir conocimiento, a alcanzar procesos de reflexión de lo nuevo que aprenden, a buscar ser mejores personas y reivindicar sus derechos. Se investiga para que el saber afecte positivamente a las personas involucradas en el proceso, puesto que el conocimiento no es neutro, pues tiene un efecto político en las sociedades.

9.2. Enfoque metodológico

Esta investigación tiene un enfoque de naturaleza práctico (mundo de la disciplina crítico-sociales), en tanto que el interés se haya situado en querer comprender y dar sentido a las múltiples falencias, atrasos y quizá falta de interés en materia de salud desde la época colonial (Ley de Indias) hasta la actualidad (Ley 100 de 1993), dejando a un lado los prejuicios, conceptos y acontecimientos históricos a fin de adoptar una postura hermenéutica y reconstructiva.

¿Qué es la hermenéutica?

La hermenéutica es el arte de la interpretación de lenguaje de los autores -lo que implica que siempre debe existir un autor y un lector-, toda vez que busca la explicación de documentos escritos. Como supone que existen diversos tipos de pensamiento, intenta eliminar las diferencias entre los escritores y sus lectores de modo que haya exactitud en su interpretación y con ello fijar su verdadero sentido. Es una actividad de reflexión, una actividad interpretativa que permite la captación plena del sentido de los textos en los diferentes contextos por los que ha pasado la humanidad.

¿Cómo se hace la hermenéutica?

La hermenéutica se hace a través de quien se dedica a interpretar y revelar el sentido de los mensajes, haciendo que su comprensión sea entendible para todos, evitando malentendidos o

ruido en la comunicación. Para hacer hermenéutica es necesario adoptar una actitud receptiva y lejana de todo prejuicio, esto implica dejarse llevar por lo que el texto quiera decir o argumentar para llegar a establecer un juicio.

Fases de la investigación

La interpretación y el sentido que esta investigación quiere dar a la historia de la salud y a las múltiples falencias que ésta ha tenido se hizo a partir de la consulta de libros, documentos históricos, informes y estudios, documentos oficiales, normatividad, ya que todos dan cuenta de los avances o retrocesos en materia de salud en Colombia. Este sondeo permitió conocer la forma en que fueron tratadas enfermedades como la lepra, la forma en que se intervino y se previno; también conocer qué tipo de cobertura en salud tenían los empleados o súbditos, en la época de la Conquista y la Colonia, frente a las posibles accidentes generados por sus trabajos, así como conocer quiénes eran los encargados de garantizar y administrar los recursos para subsidiar el sistema.

En esta investigación el uso de la hermenéutica fue fundamental debido a la gran cantidad de textos que debían relacionarse e interpretarse para contrastar la manera en que se ha procedido en cuanto al tema de la salud en Colombia desde la época de la Colonia (1.512) momento en el que surgen las primeras leyes en consonancia con el tema, como lo fueron las Leyes de Indias, proclamadas por los reyes de España y ejecutadas por la iglesia católica en todo lo relacionado con el sistema de salud como construcción de hospitales, albergues, hogares de paso, entre otros hasta el año 2010.

Estas leyes fueron aceptadas hasta 1810, época en que inicia La República, por tanto, se da un cambio en el Estado y en la forma en que se administran los recursos y se gobierna. Siendo Colombia un país soberano, se decide abolir muchas de las costumbres españolas entre ellas

todas aquellas relacionadas con el tema de la salud. Con el gobierno centralista se dan importantes avances en la reglamentación en salud y se crean leyes diferentes para regular los sistemas. Finalmente, se pasa a la ley 100 de 1993, la cual rige hasta la fecha.

Lo expuesto pasa por el tamiz de la hermenéutica y se da paso a la interpretación y al análisis de toda la información relacionada con el tópico de la investigación. En este sentido, se presta especial atención a las miradas, posturas y juicios que hacen los autores consultados frente a las diversas circunstancias sociales, políticas, económicas y culturales de cada época referenciada.

De cada texto se intentó descifrar los aspectos más importantes frente al Sistema de Salud para luego de establecer un paralelo entre las diferentes etapas del mismo. Posteriormente, lo extraído de dicho análisis sirvió como punto de referencia para identificar las falencias y virtudes de las normas de cada época y su contribución al desarrollo de esta y de futuras investigaciones.

Es importante tener en cuenta que este trabajo está compuesto por normatividad relacionada con la salud pública en nuestro país y por ende fue necesario enfocar la hermenéutica al tipo de información que requería ser interpretada, "entre ellos los mandatos de las normas jurídicas, pero no es fácil lograr la correcta interpretación, si no se cuenta con reglas precisas y claras, metódicas y sistemáticamente establecidas. Es precisamente éste hecho del que se ocupa la Hermenéutica Jurídica, que se ocupa de establecer los principios elaborados doctrinaria y jurisprudencialmente, para que el intérprete pueda efectuar una adecuada interpretación de las normas jurídicas" (Benavides, 2010, p.2)

Los documentos consultados para la realización de este trabajo constituyeron el principal insumo para seleccionar la información relevante para el estudio de la temática planteada. Las fuentes consultadas incluyeron:

- Documentos históricos, a partir de los cuales se construyó el marco de referencia y se obtuvo el insumo conceptual para determinar conclusiones posteriores.
- Documentos estadísticos (local, regional, nacional e internacional), que sirvieron de soporte analítico para entender los cambios del Sistema de Salud colombiano.
- Informes y estudios, como fuente bibliográfica y comparativa.
- Memorias y anuarios
- Documentos oficiales
- Archivos privados
- Documentos personales
- Prensa (diarios, periódicos, semanarios, revistas)
- Normatividad histórica

9.3. Diseño muestral

9.3.1. Unidad de análisis.

La unidad de análisis la constituye el sujeto o el objeto de estudio, que para este caso es el Sistema General de Salud colombiano. La fundamentación de esta unidad de análisis se define desde la Metodología de la investigación así: “para seleccionar una muestra, lo primero entonces es definir nuestra unidad de análisis –personas, periódicos, organizaciones, etc. El “quiénes van a ser medidos”, depende de precisar claramente el problema a investigar y los objetivos de la investigación” (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, p.129)

9.3.2. Población.

La población en investigación hace referencia a todos aquellos casos que reúnen unas características comunes y permiten al investigador realizar generalizaciones, que para el caso de este trabajo de investigación la población se representaba por medio de documentos sobre el Sistema General de Salud en Colombia.

9.3.3. Muestra.

La muestra utilizada en esta investigación consistió en la selección de diferentes tipos de documentos relacionados con el tema focal, la salud en Colombia y la manera en que el Estado asumía este servicio básico para su población. El número de ejemplares consultados estuvo entre 10 y 20 documentos de diferentes formatos tal como se explicó anteriormente.

9.3.4. Cómo seleccionar la muestra.

Se seleccionó el muestreo aleatorio simple o al azar para permitir que todos los posibles elementos comunes tuviesen las mismas probabilidades de ser elegidos como parte del insumo para la investigación (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, p.136).

10. Instrumentos

El instrumento diseñado para recopilar la información esencial del trabajo consistió en la elaboración de fichas bibliográficas en donde se hacía referencia de los artículos leídos y posteriormente se usaba para contrastar, comparar y justificar el texto final. Esta forma de recolección de la información facilitó el proceso de escritura argumentativa y facilitó la consolidación de las conclusiones y recomendaciones generales.

En síntesis, las fases que se dieron para el desarrollo de esta investigación se exponen de la siguiente manera. En primer lugar, se partió de una exhaustiva revisión de la bibliografía relacionada con el tema del Sistema de Salud en Colombia. Se consultaron al menos 50 referencias de las cuales se descartaron un promedio de 20 publicaciones que no cumplían con los parámetros de búsqueda. Luego se pasó a definir una línea de tiempo que permitiera agrupar los hitos históricos más relevantes en materia de Salud y Seguridad social en Colombia, es así como se parte de la época de la Conquista, se hace tránsito por la Colonia y la época centralista, para dar lugar a la época republicana y a la promulgación de la actual Ley 100.

Se pasó luego a dar forma a cada uno los objetivos formulados con material de soporte que permitiera objetivamente sustentarlos para llegar a una serie de conclusiones y recomendaciones a futuros investigadores del problema que se deja planteado.

Conclusiones

La salud hace parte de la agenda global de protección de los derechos y garantías que tienen los ciudadanos para garantizar su vida, su integridad física y mental, por ello, en Colombia y en el mundo se conciben un conjunto de políticas que garantizan el acceso a este bien primario y que convierten al estado en garante del proceso de ejecución de todas las acciones determinadas a mejorar la salubridad individual y colectiva.

Sin embargo, los procesos neoliberales y por tanto capitalistas, han hecho de ella una parte más del monopolio económico. Parece ser que la garantía de los derechos colectivos, como el del acceso a los servicios de salud, quedan relegados a un segundo plano en Colombia por la intromisión de capitales privados que parecen buscar más un beneficio económico que un modelo de bienestar comunitario. Esta es una de las conclusiones a la que se llega luego de hacer un recorrido por la historia de las políticas de salud pública en Colombia y del Sistema de Seguridad Social en Salud, puesto que en lugar de mejorar el acceso, la cobertura y la calidad del servicio, se puede entrever un panorama cada vez más complejo frente a este asunto coyuntural para la población.

El recorrido histórico que se logra hacer con esta investigación muestra cómo desde la época Colonial hasta la contemporánea se han ido perdiendo garantías para la población y aparecen cada vez más privilegios para los nuevos administradores de este preciado sistema. El Estado de bienestar, aquel creado para garantizar que el Estado sea responsable directo de su garantía, parece desaparecer como política pública y los impuestos destinados a este fin, invertidos en otras prioridades de los gobernantes de turno. Queda entonces planteado un escenario donde el Estado se hace el desentendido frente a las necesidades de un pueblo y la

posibilidad de que una investigación, tal vez con un corte más crítico, desarrolle propuestas que permitan restablecer el equilibrio que alguna vez tuvo este sistema.

Referencias

- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2016). Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Scielo.org*, 9.
- Arocha, J., & De Friedemann, N. (1982). *Herederos del jaguar y la anaconda*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.
- Benavides, H. (08 de 2010). *Hermenéutica y Lógica Jurídica*. Recuperado el 12 de abril de 2016 , de <http://wb.ucc.edu.co/hermeneuticaylogica juridicapc/files/2010/08/hermeneutica-juridical.pdf>>
- Constitución Política de Colombia (1886). Bogotá: Zalamea Hs.
- Constitución Política de Colombia*. Consejo Superior de la Judicatura, C. S. (2010). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- De La Guardia, D. M. (1889). Recuperado el 12 de abril de 2017, de <http://fama2.us.es/fde/ocr/2006/leyesDeIndiasT1.pdf>>
- Díaz Plaja, G. (1972). *Crónicas de Indias*. Madrid: Salvat Editores .
- Henao R, F. (2016). *Seguridad y salud en el trabajo: conceptos básicos*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Hernández Á, M. (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios en salud en Colombia 1910-1946. *Anuario colombiano de historia sSocial y de la cultura*, 12.
- Hernández Álvarez, M. (1991). El Derecho a la salud y la Nueva Constitución política Colombiana. *Avances en enfermería Vol.IX No. 2*, 15.
- Hernández Sampieri, A., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (s.f.). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Martínez, F. (abril de 2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? 8. Bogotá.

- Merlano P, C. A., & Gorbanev, I. (2016). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Scielo.org*, 3.
- Miranda, N. y. (2002). Presentacion introduccion capítulo 1: Preámbulo de una relación, 1902-1920. En *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia* . Bogotá.
- Mora, C. A., & Pena Borrero, M. (1987). *Historia de Colombia, Introducción a la historia social y económica*. Medellín.
- Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25, 82-89.
- Sistema Único de Información Normativa*. (s.f.). Recuperado el 16 de septiembre de 2017, de <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1787392>
- Salud Pública y Social en Colombia. p 274 [Revisado el 02 Abril]
- <<http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>>

Leyes y decretos

Ley de Indias

Ley N° 35, 1929

Ley 11, 1920

Ley 100,1993, art. 4