

# La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano

## The latest reform of the Colombian healthcare-related social security system

Álvaro Franco-Giraldo

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. alvarofrancogiraldohotmail.com

Recibido 28 Enero 2012/Enviado para Modificación 27 Junio 2012/Aceptado 30 Julio 2012

### RESUMEN

**Objetivo** El propósito de este ensayo es explorar y analizar los cambios y oportunidades generados con la reforma del sistema de salud colombiano, a partir de la ley 1438 del 2011.

**Métodos** Para lograrlo se revisan documentalmente algunos temas pendientes desde la reforma introducida por la ley 100 de 1993 y los compara con la norma del 2011; también se contrastan con algunas estrategias de la salud pública inoperantes en la etapa de la reforma, bajo condiciones del modelo de mercado.

**Resultados** Se discute esta segunda fase de la reforma en relación con el alcance del derecho a la salud, el acceso y la equidad global. Se reconoce el avance en temas importantes, como la igualación de los paquetes de beneficios, la atención primaria en salud, las redes integradas de servicios de salud, pero se discute su inoperancia para modificar aspectos medulares del sistema, como la sostenibilidad financiera y la lógica económica que se imponen sobre las estrategias mencionadas las cuales ven cercenada su capacidad de respuesta, en aras de mantener incólume el modelo de la ley 100 de 1993.

**Conclusión** Finalmente, se esbozan los puntos cruciales necesarios a una gran reforma estructural del sistema de salud colombiano que se base en el derecho a la salud y en la equidad.

**Palabras Clave:** Salud, Colombia, sistemas de salud, seguridad social, políticas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** This essay was aimed at exploring and analysing the challenges and opportunities arising from reforming Colombian law 1438/2011 dealing with the healthcare-related social security system.

**Methods** Some outstanding issues from the reform introduced by Law 100/1993 were reviewed and then compared to the 2011 regulations; they were also contrasted (in market model conditions) with some public health strategies which were inoperative during the reform stage.

**Results** This second reform phase was discussed in relation to the scope of the right to health, access and overall equity. Progress regarding important issues such as benefit package equalisation, primary healthcare attention, integrated healthcare service networks was recognised; however, its failure to change core aspects of the system was discussed, i.e. financial sustainability and the economic rationale imposed on the aforementioned strategies which curtailed its responsiveness to keep the model introduced by law 100/1993 intact.

**Conclusion** The crucial points necessary for major structural reform of the Colombian healthcare system based on the right to health and equity were then outlined.

**Key Words:** Health, Colombia, healthcare system, social security, policy (*source: MeSH, NLM*).

La sentencia de la Corte constitucional del 2008 (T-760) y la emergencia social para salud de 2009 (declarada por el gobierno colombiano mediante el decreto 4975) abrieron una nueva fase de la reforma sectorial de salud colombiana y avivaron el debate sobre el derecho a la salud y las fallas del sistema de salud colombiano, dadas las irregularidades en temas como el precio de los medicamentos, quizá lo más grave coyunturalmente, además de las fallas estructurales del sistema de salud colombiano, denunciadas desde el inicio de aplicación de la ley 100 de 1993. A la postre, la Corte constitucional (Sentencias C-252 y C-253 de 2010) declara inexecutable los decretos de la emergencia social pero deja vigentes algunos de sus efectos. Pero la salud y la reforma se mantienen como tema prioritario en la agenda política.

No podemos olvidar que detrás de la reforma del sector salud en Colombia se han escondido actores muy poderosos que tras bambalinas y en un Estado corporativo han tenido siempre la capacidad de incidir en las decisiones del gobierno (1). En este tinglado de preocupación y debate, se expide por el Congreso de la República de Colombia, la ley 1438 del 19 de enero del 2011 (2), quedándole mucho trecho por recorrer en la reglamentación y muchísimo más en la implementación, sin que se logre efectivamente jugar y papel reformador en la práctica subsanando las falencias y críticas que se ciernen sobre el sector salud provenientes de los más disímiles actores y sectores socio sanitarios.

Aparecen allí, sin duda, temas importantes y esenciales para la salud pública. Temas sobre los cuales el autor ya había hecho algunos planteamientos y propuestas (3) cuando se implementaba la reforma de la ley 100 de 1993. El escenario de ahora sigue siendo conflicto, caótico y polarizado, basado en el mercado, con fuerte presencia de empresas poderosas de la salud de orden privado y en ocasiones monopólicas (que cumplen la tarea de intermediación financiera). El modelo implementado hasta ahora, en la etapa de la reforma ha sido de tipo económico, que no sanitarista, proclive al clásico liberalismo pero errático en su desempeño.

Esta polarización ha generado muchas preguntas: ¿Si el modelo reafirmado por la ley 1438 se centra en la sostenibilidad financiera, cómo es posible hablar del derecho a la salud, de atención primaria en salud, de redes integradas de servicios en un modelo de aseguramiento competitivo? Acerca de estas dudas el presente ensayo intenta algunas respuestas luego de explorar los cambios y oportunidades que se podrían generar en esta nueva etapa de la reforma al sistema general de seguridad social en salud.

#### Antecedentes y Asuntos Pendientes de la Reforma

Las reformas y las diversas configuraciones que tenemos de los sistemas de salud, más que técnicas obedecen a la ideología y a las ideas políticas que se discuten en el seno de la sociedad. En el desarrollo del sistema de salud se sobreponen las creencias políticas, las ideologías y las prácticas (4). Se espera de las reformas que fueran sustentadas en cambios graduales y progresivos, incrementales, dadas sus dificultades, siempre en relación con el entorno político, económico y epidemiológico. De acuerdo con Walt (5), no convienen aquellos intentos por hacer “una revolución”, o trabajar en la “gran reforma necesaria e impostergable”, es decir no caer en trampa reformista, como ocurrió con Colombia, en 1993, y hoy se ve necesario corregir los errores de entonces con una reforma en salud que le permita retornar a la defensa de la salud y al mejoramiento de las condiciones socio sanitarias (6-8).

Si la idea ha sido, por fin, pasados 20 años, introducir algunos mecanismos y principios sociales y de salud pública en la reforma colombiana, será necesario hacia adelante ahondar más en como corregir los mecanismos del mercado (9,10) que se impusieron hasta ahora como estrategia. Adicionalmente, como vía de ejemplo conviene comparar con otras iniciativas internacionales que apuntan también hacia la salud pública. Una ley de

salud pública, debiera enfocarse en temas de más largo aliento, como nos lo señala el modelo español y las propuestas de reforma que se impusieron allí en el parlamento y en la cámara de los diputados (11) antes de la crisis actual del Estado de bienestar.

Sin embargo, cualquier ilusión con el modelo colombiano se viene a menos en razón de la crisis económica que sigue siendo una amenaza, así como el déficit fiscal del actual momento y, sobre todo, de la falta de acuerdo entre los diferentes actores y sectores políticos. Es necesario aprender de experiencias previas: “las enseñanzas para el futuro indicarían que a la hora de pensar la formulación de una reforma de mercado en salud, el esfuerzo no debe concentrarse solamente en la consistencia técnica del esquema propuesto (...) para que el proceso de viabilizar políticamente los cambios no conduzcan a un trastoque irreversible de los objetivos originales” como se señala por los analistas de otras instancias (12).

#### Asuntos pendientes

Más allá del cambio político en el enfoque de la reforma, sobre el cual venimos insistiendo, se pueden mencionar otros asuntos que han quedado pendientes en el largo proceso de implementación del sistema de seguridad social en salud colombiano, aún después de la promulgación de la ley 1438 de 2011. Entre ellos: hacer viable el mandato de la sentencia de tutela T-760 del 2008, sobre la universalización, el derecho a la salud y la igualdad de planes de beneficio; el tema de los medicamentos y la contención de costos de los insumos necesarios en opciones tecnológicas y medicamentos; sobre la financiación, la sostenibilidad financiera del sistema, y cómo garantizar que los recursos existentes generen el mayor impacto en el estado de salud y la calidad de vida de la población.

En relación con las causas estructurales: está el tema de la cobertura con integralidad de todos los riesgos y servicios de salud ya no sólo para una población trabajadora y contribuyente sino para todos, incluyendo una población cada vez más desempleada y sin acceso al consumo en el mercado (la cobertura con seguridad social a quienes no tienen un contrato laboral formal y estable); la distribución de los recursos de la salud, de tal manera que se destinen específicamente a atenciones y no a fortalecer el sector económico y las empresas privadas de aseguramiento y medicina pre pagada. Cifras de gasto en salud cercanas al 8,5 % para algunos de los últimos años, parecidas a las de los países desarrollados y cifras de intermediación financiera en el sistema cercanas al 35 %, según las cuentas nacionales de

salud (13), claman por una mejor gestión de esos recursos.

Dentro de los asuntos pendientes, el derecho a la salud es el más importante. La ley 1438 no resuelve ni le preocupa como tema central el derecho a la salud, aunque durante la emergencia social del 2009 y a partir de la sentencia T 760 de 2008, en el debate se haya hecho gran énfasis en él. Al respecto se señaló con argumentos jurídicos la necesidad de cambiar el modelo de salud en función del derecho a la salud. Al respecto, algunos tratadistas (14) nos recuerdan el soporte jurídico para reconocer la salud como un derecho fundamental, así: 1.) “Es un derecho humano, inherente a la persona humana, universal, irrenunciable, inalienable, indivisible, imprescriptible, obligatorio, vinculante, en relación sistémica con otros derechos y deberes fundamentales, derecho integral e integrador, relacionado íntimamente con el Principio de la Dignidad Humana y con el Principio Pro Homine”. 2.) Existen múltiples instrumentos internacionales relacionados con él: La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración de Alma-Ata, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, al Declaración de Doha, La Declaración de Lisboa y el Código Iberoamericano de la Seguridad Social. 3.) En Colombia la Corte Constitucional lo ha reconocido: Sentencias T-307 de 2006, T-016 de 2007, C-811-2007, C-463 de 2008, la sentencia T-760 de 2008.

#### La Nueva Fase de la Reforma

La reforma de 1993, basada en un modelo de competencia regulada, no logró su cometido y se desvió por los vericuetos del mercado, la ganancia a ultranza y la corrupción, según las propias voces gubernamentales. Por su parte, la Ley 1438 del 2011, la más reciente norma del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) (2), no logra consolidar propiamente una reforma, no tiene una estructura integral que regule las áreas clave del sistema. En su capitulo toca temas macro, pero el articulado, se dedica en general a aspectos puntuales. El tema esencial que se desarrolla es el de la sostenibilidad financiera del sistema, que atraviesa la mayoría de los otros temas y títulos de su formulación. Títulos tan importantes, como los que se leen en la ley, luego no son desarrollados, se legisla muy parcialmente sobre ellos, y en el mejor de los casos se deja la tarea a la reglamentación específica. No es una reforma estructural ni resuelve desatinos sustantivos

del sistema como la crisis de la salud, la intermediación y la corrupción. Es sólo la apertura de una nueva fase de la reforma en salud colombiana, por lo pronto encaminada a afianzar dimensión económica del modelo de 1993 (Ley 100).

Si bien la ley 1438 se autodefine “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”, su verdadero propósito es poner orden en la casa a la gestión del sistema y a corregir fallas operativas. Es una ley que busca resolver problemas del día a día y sobre todo, enfrentar violaciones de los diferentes actores a las leyes anteriores, cuyas obligaciones ya estaban claras. Pareciera decir la Ley 1438 que ahora si se va a sancionar (en reiterados artículos se hace énfasis en los aspectos punitivos, ante cada tema regulado). Situación que no se ha podido resolver muy a pesar de los cambios de Ministros en el último año, después de expedida la ley y de la creación del nuevo Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia mediante la ley 1444 de 2011, quizá porque no se corrigieron los temas estructurales que acarrearón la situación de caos de la salud colombiana y sus fallas en la organización institucional.

Entre oportunidades y limitaciones Entre los puntos destacables de la nueva ley se incluyan en su mayoría la creación de nuevos organismos sin necesidad de eliminar los ya existentes y otros temas que se presentan en el Cuadro 1.

Entre ellos conviene destacar el tema de las Redes integradas de servicios de salud: Si bien las redes no se desarrollan ni reglamentan aún, si se vislumbra que son redes parciales, que no garantizan cobertura universal dentro del ámbito territorial ni que las redes desarrollarán la estrategia de atención primaria (APS). Para respetar el modelo de la Ley 100 de 1993, las redes se articularán mediante acuerdos o contratos institucionales (interinstitucionales) con las Entidades promotoras de salud (EPS). Aún quedan dudas sobre su viabilidad. En teoría, las redes le otorgan gran relevancia a la Salud Pública y la estrategia de funcionamiento en redes apuntaría a la integración hospitalaria. Pero ¿Cómo lograr redes integradas dentro de un modelo de mercado y competencia? Sobre este tema podemos remitirnos a otra publicación del autor que amplía el concepto de los sistemas integrados de salud (6).

**Cuadro 1.** Resumen de cambios en la ley 1438

Oportunidades	Limitaciones
Creación de nuevos organismos: las redes integradas de servicios de salud, la constitución de los equipos básicos de salud, así como el Observatorio Nacional de la Salud, el Instituto Nacional de Evaluación Tecnológica.	Mantener el espíritu de la ley 100 de 1993, es ya una gran dificultad estructural que no permitirá hacer ajustes estructurales al modelo.
Énfasis en la universalización del aseguramiento, que no del acceso, es decir que aún sigue el énfasis en los medios. Los nuevos aportes al régimen subsidiado en salud	La CRES, nunca adquirió la dimensión que se creyó y para lo cual fue creada, luego de debilitar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
Fortalecer la rectoría del sistema con la Superintendencia Nacional de Salud y las acciones de vigilancia y control; el sistema de información es regulado de nuevo y redimensionada su importancia, nuevos mecanismos para la gestión financiera del sistema, la unificación ya actualización del POS, plan obligatorio de salud.	Aunque se da un aumento de los recursos financieros para el régimen subsidiado de salud, el aporte del gobierno sigue siendo incierto después del incumplimiento del par y passu (par y passu o pari-passu).
Basarse en el Modelo de APS, atención primaria en salud. Los planes decenales de salud. Los servicios basados en atención primaria en salud y la organización de redes integradas de servicios de salud. Los procesos de acción intersectorial por la salud y la participación social.	El énfasis en la sostenibilidad financiera por encima del logro del derecho universal a la salud que no es el eje del sistema, ni siquiera del modelo de APS. Sigue predominando la racionalidad financiera por encima de las necesidades políticas.
Modifica Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 715 de 2001, el Decreto Ley 2150 de 1995, la Ley 1066 de 2006, pilares del SGSS.	No resuelve aún temas como el modelo de atención ni el modelo de APS que se implementará. Por ejemplo, no aparece aún nada sobre la estructuración de servicios y la intersectorialidad a partir de ella; y así otros tantos casos.

Fuente: Ley 1438 de 2011, Colombia, Congreso de la República

Muy por el contrario, siguiendo una lógica diferente, la sostenibilidad financiera del sistema es el eje fundamental del modelo de la 1438: El artículo 3º sobre los principios del sistema es taxativo en el numeral 3.13, al jerarquizar la sostenibilidad fiscal y financiera: “las decisiones que se adoptan en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal”. Así como, “la administración de los fondos del sistema no podían afectar el flujo de recursos del mismo”. Niega así la posibilidad de otros cambios en el sistema, que se plantean en el enunciado retórico de la ley.

Adicionalmente, es paradójico combinar un modelo basado en APS y otro basado en el aseguramiento, es decir combinar Estado y territorialidad con competencia y mercado. A ello se agrega un tercer modelo, el modelo de atención centrado en la atención de los factores de riesgo y el perfil epidemiológico de la población, también restrictivo frente al modelo basado en el desarrollo y en los determinantes sociales de la salud.

A ello se agrega la carencia de rectoría del sistema en los últimos 18 años, más aún cuando en el medio internacional se ha insistido mucho en el fortalecimiento de la función rectora de la autoridad sanitaria (15).

## DISCUSIÓN

Una lectura de la Ley 1438 de 2011, a la luz de estas elucubraciones preliminares, le podría a uno hacer pensar que esta ley, a diferencia del pasado, muestra una transición de un sistema de salud basado en el mercado hacia otro más estatalita, gracias a la temática que se refleja en ella y de acuerdo con el seguimiento que se le han hecho a las reformas de los sistemas de salud en América Latina en los últimos 15 años (16). Sin embargo, quedan muchas dudas que es necesario explorar con más dedicación.

Casos como el de la atención primaria de salud que se incluye sin ninguna estructura, sin ningún contenido, no se sabe cómo se va a ejecutar. Los temas en esta ley son inconclusos y por lo tanto el referente para su lectura, son los artículos de las demás leyes modificadas en esta reforma (Cuadro 1). Se esperaba mucho de la reglamentación pero resultó muy limitada.

Temas como los de la salud pública, propuestos por diversos actores, se incluyeron de manera generosa y a su vez candorosa. En suma, las “ideas propias de la salud pública” se incluyen casi todas (Cuadro 1), pero sin ninguna garantía de que tomen fuerza en la práctica, ni siquiera en la misma ley, fuerza que sólo puede darles la financiación y el liderazgo del Ministerio correspondiente.

La experiencia de la reforma en Colombia de las últimas décadas ha dejado un panorama poco alentador en términos de salud pública, como se concluye del seguimiento efectuado a los más representativos estudios, bien recopilados y sintetizados por Yepes: “El panorama que se presenta a partir de los 101 estudios revisados muestra una situación en la cual se manifiestan problemas en el acceso a los servicios de salud de la población

asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y la calidad de los servicios” (17) , a lo cual se le agrega el deterioro de los más representativos indicadores de salud de la población.

Era ingenuo, por lo tanto proponer, esos instrumentos y herramientas operativas de la salud pública en la nueva legislación, sin antes desmontar el otro modelo, el económico-financiero de la ley 100 de 1993, responsable de la crisis de la salud y de la deuda sanitaria descrita en el párrafo anterior. Lo que no se toca es la columna vertebral del sistema, basado en la intermediación, la sostenibilidad financiera, la solidaridad financiera, la integración vertical (un obstáculo para la red de servicio integrada), el rol de las entidades promotoras de salud -EPS- y la rentabilidad económica. Aunque la ley fortalece la Superintendencia Nacional de Salud, al hacer énfasis en el tema de la vigilancia y el control (2, 18), ha resultado incapaz para controlar los infortunios de las EPS, según se desprende del reciente Auto 078 del 9 de abril del 2012 de la Corte Constitucional colombiana, emanado de su Sala Especial de Seguimiento.

Tendencia de la reforma, en debate

Para algunos analistas, esta nueva fase de la reforma podría llegar a ser un punto de inflexión en el sistema de seguridad social en salud, la transición hacia algo más acorde con las necesidades del país y por la salud del pueblo colombiano, es decir por un nuevo sistema de salud colombiano, acorde con la expectativa de muchos antes de esta tímida reforma. Para otros, por el contrario, el actual gobierno como el anterior no tiene intenciones de introducir cambios de importancia en el sistema y sólo fortalecer el eje económico del mismo amparado en el tema de la sostenibilidad financiera. La tercera posición, encabezada por los sindicatos de la salud, señala que esta ley sólo busca esconder de una vez por todas, el ingente negocio de la salud. Lo cierto es que esto no se tocó con la reforma y, por el contrario, se viabiliza. Baste analizar las dimensiones de las cifras económico-financieras del sistema: “El gasto total en salud en Colombia para el año 2010 ascendió a 42 billones de pesos, es decir, alrededor de 7 % del PIB nacional. Siendo el régimen contributivo el que ocupa el 32 % de los recursos totales, seguido de los recursos destinados a oferta con el 22 %, es decir, lo destinado a la atención de la población pobre no asegurada, salud pública, promoción y prevención y financiamiento de hospitales”. (19)

Sin duda, la ley 1438 mantiene el espíritu de la ley 100 de 1993, consolidándola, un modelo de competencia y mercado complementado con la regulación que esta ley hace más explícita.

No obstante, del lado de los sectores sociales y de la sociedad civil se abre paso, en un nuevo escenario de reformas, basado en la idea de la producción social de la salud (7). Son sus concepciones principales las de la equidad y de la justicia sanitaria. Si seguimos la línea de análisis de Amartya Sen (2001): “la equidad en salud no concierne a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y presentando la debida atención al papel de la salud en la vida y las libertades humanas” (20).

Para los actores sociales, la justicia sanitaria es un valor bueno en sí y pone énfasis en la igualdad, en el bienestar y en el desarrollo humano, tendiente a eliminar desigualdades en el estado de salud de la población. Este enfoque defiende la financiación pública como la que mejores resultados logra en relación con la igualdad y la equidad; privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios; primando los criterios de ciudadanía, solidaridad y justicia social (7).

Metodológicamente, dos temas instrumentales servirían para la reorientación de esta nueva fase de la reforma, aún sin tener el alcance estructural, son ellos las redes integradas de servicios de salud (3) y la estrategia de atención primaria en salud (21), que ampliamos en otro artículo dedicado a la reforma y sus elementos teóricos (6).

En relación con las redes integradas de servicios será necesario desarrollar varios aspectos todavía no claros en el sistema colombiano, tales como (3): definiciones espaciales de la red; gestión de la red de servicios dentro de una economía de mercado; sistema descentralizado de servicios de salud; mecanismos para la regulación, vigilancia y control de los procesos de atención en red; maximizar el potencial de respuesta institucional de los servicios; el sistema de referencia y contra-referencia, los niveles administrativos, de regulación y competencia territorial de la Red (regulación a través de los Nodos de la Red y los resortes funcionales de la misma); la contratación, como un mecanismo de articulación de la Red a cargo de las Direcciones Territoriales; y los mecanismos de seguimiento, vigilancia y control.

En relación con la renovación de la estrategia de APS, operativamente se requiere (22): la reorientación de los servicios de salud; los sistemas de salud basados en la promoción de la salud; garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos); complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social, entre otra serie de mecanismo y criterios de renovación de la APS que se pueden ampliar en la literatura publicada (21, 23, 24), así como la relacionada con la constitución de los sistemas integrados de salud (6, 25,26).

De otro lado, sin duda, los sectores sociales académicos, sindicales y jurisprudenciales (27,28) persistirán en la brega por esa gran reforma estructural del sistema de salud colombiano para garantizar el derecho a la salud y la equidad, y una mejor asignación de recursos, que logre la universalidad del derecho a la salud, así como otras reformas en el sistema de seguridad social integral (29,30), siguiendo, inclusive, experiencias progresistas de otros países (19).

Por cuenta de ello, hoy se insiste en las propuestas legislativas sustentadas en el derecho a la salud (proyectos de ley estatutaria) junto a otras propuestas gubernamentales (proyecto de una nueva ley ordinaria) encaminadas al ordenamiento financiero y a establecer otros arreglos en el SGSS.

Como pudo verse en la exposición anterior los temas estructurales de la reforma y los temas esenciales para garantizar el acceso, y la transformación en el perfil epidemiológico colombiano, se mantiene incólumes con la ley 1438, no se tocaron en ningún punto sustancial. No se avanza en el derecho a la salud ni en el acceso, ni en la equidad global. Pero sí se regula sobre otros temas importantes, aunque parciales: se insiste en el tema de los medicamentos, en la igualación de los paquetes de beneficios, en la sostenibilidad financiera y en la gestión organizativa y operativa del sistema. Como se ah podido ver esta nueva fase de la reforma sectorial en salud en Colombia, apenas comienza, por el momento no es una reforma más ni una “reforma a la reforma”.

En términos organizativos, debe hacerse los esfuerzos por configuración de un sistema de salud sólido, fundamentado en el bienestar y aprovechando estrategias ya probadas y posibles como las redes integradas de servicios de salud y los desarrollos de la estrategia de atención primaria en Salud, pero siguiendo el enfoque de los sistemas integrados de salud (SIS).

Es éticamente necesario y razonable desde el punto de vista del universalismo de la protección social, continuar defendiendo una ley estatutaria del derecho a la salud en Colombia, para suplir las debilidades de fondo de la ley 1438 y de la reforma anterior que no lo contempló ▪

**Agradecimientos:** Al comité de investigaciones de la Universidad e Antioquia CODI, por el apoyo financiero y logístico para la realización de esta indagación y el ensayo académico. Al grupo de Investigación en Gestión y políticas públicas, con su línea de Investigación en salud global, de la Facultad Nacional de Salud Pública.

## REFERENCIAS

1. Franco-Giraldo A. Otra vez a reformar: ¿y la academia qué? [Internet]. En: Periódico el Pulso; año 11, No. 141. Medellín. HUSVP; junio de 2010. p. 1. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1006jun/general/general-01.htm>. Consultado Enero 2012.
2. República de Colombia. Gobierno Nacional. Senado de la República. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 19 de enero de 2011.
3. Franco GÁ. Diseño del Sistema de Seguridad Social en Salud, a partir de la Red de Servicios. Revista Nuevos Tiempos COHAN/ OPS (Medellín) 1998; 5 (1): 24-35.
4. Jiménez JJ. Política y organizaciones de salud en Chile. [Internet]. Reflexiones históricas. ARS Médica. Revista de estudios médicos y humanitarios (Universidad Católica de Chile) Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/Politica-Organizaciones.html> Consultado Marzo 2011.
5. Walt G. Health Policy. An Introduction to Process and Power. London: Zed Books; 1994.
6. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Revista Gerencia y políticas de salud (Bogotá) 2012;11(22): 27-41.
7. Granados R. Sistemas de Salud. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1998.
8. De Correa LV. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: De Correa LV, Hernández M, Paredes N. La salud está grave. Santafé de Bogotá: PROVEA; 2000. p.p. 191-308.
9. Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000. p. 10.
10. BID. Proceso económico y social en América Latina. Informe 1996. ¿Cómo organizar con éxito los servicios sociales? Washington D.C. BID; 1996.
11. Presidente del gobierno de España. [Internet]. Ley 33/2011, Ley General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, No. 240. Madrid, 4 de octubre de 2011. Sección I. p.p. 104593. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf> Consultado 8 de dic. 2012.
12. Giordano O, Colina J. Economía política de las reformas. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios, reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID; 2000. p.p. 28-48.
13. Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social/Programa de apoyo a la reforma/ Departamento Nacional de Salud. Bogotá, Colombia; Marzo 2007.

14. Gañán JL. Los muertos de ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo (POSc). Bogotá, D. C: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Derecho; 2010.
15. Marín JM. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000; 8 (1/2): 21-3.
16. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(4):905-925.
17. Yepes LFJ. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia). Enero-junio 2010; Sup. 9 (18): 118-123.
18. Superintendencia de Salud. Ponencia sobre la nueva Superintendencia Nacional de Salud. En: Foro Nuevas perspectivas del Sistema General de Seguridad Social en Colombia a partir de la reforma a la salud. Medellín: Metrosalud, 15 de febrero de 2011.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Salud en Colombia. [Internet]. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (Orgs.). Instituto Suramericano de Gobierno de Salud (ISAGS); Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS/UNASUR; Mayo de 2012. p.p. 383. Disponible en: <http://isags-unasul.org/media/file/Sistemas%20de%20Salud%20en%20Suramerica.pdf> Consultado 8 dic. 2012.
20. Sen A. La salud en el desarrollo. 52 Asamblea Mundial de la Salud - Discurso inaugural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Martes 18 de mayo de 1999.
21. Franco-Giraldo A. Atención Primaria en Salud: ¿de regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Abril 2012; 30(1): 83-94.
22. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC; 2005.
23. Devani C, Ferrero H, Llorens B, Vallone F. Atención primaria de la salud Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2010.
24. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
25. OMS/OPS. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: OPS; 8 de mayo de 2008.
26. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Health care forum journal*. 1993; 36 (2):20-6.
27. República de Colombia, Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento. Auto 078. Bogotá: La Corte; 9 de abril de 2012. p.p. 1-46.
28. Restrepo JH. En: Cátedra de seguridad social de la Facultad de Derecho. Medellín: Universidad de Antioquia; 17 de marzo del 2011.
29. Franco A. Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina. *Revista Salud Pública (Bogotá)*. 2001; 3(3): 223-244.
30. Giraldo JC. En: Foro Nuevas perspectivas del Sistema General de Seguridad Social en Colombia a partir de la reforma a la salud. Medellín: Metrosalud; 15 de febrero de 2011.