

## EVOLUCION DE LA PARTICIPACION DEL ESTADO EN LA SALUD PÚBLICA Y LA FINANCIACION DE PLAN TERRITORIAL DE SALUD

EVOLUTION OF THE STATE PARTICIPATION IN FINANCING PUBLIC HEALTH AND TERRITORIAL HEALTH PLAN

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTADO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E PLANO DE SAÚDE DO TERRITÓRIO

■  
YULIEG GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DECCY GONZALEZ<sup>1</sup>, DIANA SOTO<sup>1</sup>, HASBLEIDY CASADIEGOS<sup>1</sup>

Recibido: Agosto 10 de 2010

Revisado: Septiembre 2 de 2010

Aceptado: Octubre 5 de 2010

### RESUMEN

*Colombia, como la mayoría de los países de América Latina, ha tenido serias transformaciones políticas y sociales, características del proceso de modernización: surgimiento de nuevas formas políticas y sociales, desarrollo de los medios de comunicación, transformación del Estado y modificación de valores sociales y culturales. Se presenta un relato histórico del impacto que ha tenido la salud pública desde la Constitución Política de 1886 hasta ahora, con su financiamiento y la visión e importancia que le han dado tanto el Estado como los entes en salud.*

### PALABRAS CLAVES

Vacunación, Vacunación Obligatoria, Preescolar, efectos adversos

### ABSTRACT

*Colombia, like most Latin American countries have had major political and social transformation, characteristics of the modernization process: the emergence of new political forms and social development of the media, transformation of the state and modification of social values and cultural. It presents a historical account of the impact it has had public health from the Constitution of 1886 until now, with its funding and the vision and importance that have given both the State and health authorities.*

<sup>1</sup> Estudiantes de Especialización en Gerencia de Salud Pública, Universidad del Rosario – Universidad CES. e-mail: yualexagon@hotmail.com

## **KEY WORDS**

---

Public health, Health policy, Government, financing health.

## **RESUMO**

---

*Colômbia, como a maioria dos países latino-americanos tiveram a transformação política e social grave, características do processo de modernização: a emergência de novas formas políticas e de desenvolvimento social dos meios de comunicação, a transformação do Estado e da modificação dos valores sociais e cultural. Apresenta um relato histórico do impacto que teve a saúde pública a partir da Constituição de 1886 até agora, com o seu financiamento e da visão e importância que tem dado tanto as autoridades do Estado e da saúde.*

## **PALAVRAS CHAVE**

---

Saúde pública, Política de saúde, Governo, Financiamento em saúde.

## **INTRODUCCIÓN**

---

El término “salud pública” hace inherente la participación del Estado, no se podría concebir la gerencia de lo público independiente del accionar directo de este, no solo en la concepción de las políticas normativas del sistema sino en la dirección y ejecución de las mismas.

La Constitución Política de 1991, es clara en varios de sus postulados que busca el bienestar de los colombianos, la búsqueda de la equidad y la garantía de los derechos, el Artículo 48 reconoce el derecho de los colombianos a la seguridad social como servicio público a cargo del estado y bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y el Artículo 49 menciona que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (1). Además en el mismo derecho a la vida consagrado en la constitución está implícito también el derecho a la salud.

Ahora bien, es claro que para el estado colombiano es obligación velar por la salud de los colombianos, por ello es importante hacer un recuento de la evolución de las políticas públicas y su impacto en la salud pública.

### **La política colombiana en materia de salud**

La evolución histórica en los modelos de

salud que ha tenido el país está directamente relacionada con el quehacer del Estado en cada periodo histórico, es así como se pueden identificar tres periodos en la concepción salud vs. Relación estado, el primero corresponde a: el **periodo higienista** (2). El primero se inició con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950, bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba 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, en este periodo aparecen la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros que atendía a los empleados del sector privado formal.

El segundo periodo, de **subsidio a la oferta**, va desde 1970 hasta 1989, se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud, en donde los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. El

servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socio-económica del país. El esquema involucra a tres actores Estado - empleadores - empleados, sin embargo, tal sistema no aseguraba la cobertura de toda la población, en especial la de escasos recursos.

El tercer periodo de **subsidio a la demanda** que inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10 bajo el gobierno de Virgilio Barco, en acuerdo con el Artículo 36 de la Constitución Política de 1886 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad.

Sobre la Ley 10 (3) que reorganiza el Sistema Nacional de Salud, se deben hacer las siguientes precisiones, Se asigna como función a las Direcciones Locales de Salud la formulación de los planes de salud locales, iniciando así un proceso de planeación local participativa en la salud y se dan las bases para la descentralización en la planeación, que solo puede darse con la Constitución de 1991, donde se dan las bases del modelo descentralizador por el que los municipios y departamentos deben tener

asignados recursos específicos para la salud y educación para ejecutar de acuerdo con sus Planes territoriales. Entre algunas de las funciones específicas de las direcciones locales de salud se encuentran:

- a) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio local.
- b) Programar para su respectivo municipio, la distribución de los recursos recaudados para el sector salud.
- c) Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso.
- d) Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente, según el caso.
- e) Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley, y en las disposiciones que se adopten, en ejercicio de las

facultades de que trata el Artículo 1 de esta Ley.

- f) Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen destinación específica para salud.
- g) Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción local, las políticas y normas trazadas por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la adecuación hecha por la respectiva Dirección Seccional del sistema de salud.
- h) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis, en la integración docente-asistencial y en la administración y mantenimiento de las instituciones de salud, así, como identificar las necesidades de formación y perfeccionamiento del recurso humano para el sector.
- i) Promover la integración funcional.
- j) Ejercer las funciones que, expresamente, le delegue el Ministerio de Salud o la Dirección Seccional del Sistema de Salud.

Es claro que dos consideraciones enmarcaron el cambio de concepción de la política nacional en salud, la constitución del 1991 y las políticas de orden internacional provenientes de lineamientos de Washington en materia de desarrollo, gasto fiscal, gasto social, reducción del estado a través de la privatización de lo público.

Es necesario precisar que las políticas públicas instauradas en Latinoamérica, hacia la década de los 90, respondían a exigencias de organismos internacionales como el FMI, BM, PNUD, entre otros como condicionamiento para acceder a préstamos que los gobiernos debían realizar para garantizar los presupuestos que requerían para ejecutar los programas de gobierno, seguir cubriendo préstamos realizados con anterioridad y garantizar la gobernabilidad. Estas exigencias traían consigo transformaciones en el orden sociopolítico y económico.

Para referirnos a la viabilidad y el éxito de las políticas instauradas en los años 90, Bernardo Klisberg retoma algunos conceptos sobre la desigualdad latinoamericana y argumenta que este no es

un hecho natural sino que es el resultado de las políticas erradas de los años 90 que las han potenciado (4).

Para apoyar la tesis neoliberal, la venta de lo público y la inserción del mercado en lo que se había considerado como el quehacer del estado, se difundió la idea de que las acciones llevadas a cabo en la esfera de lo público, eran negativas, ineficaces, ineficientes, corruptas y de mayor costo que beneficio para la sociedad, de esta manera se vendió la idea que solo el mercado resolvería los problemas de la sociedad.

Es así como en el gobierno del presidente Cesar Gaviria y su plan de gobierno “la revolución pacífica” se cimientan profundas transformaciones en el quehacer del estado, la apertura económica que promulga como eje de desarrollo, lo que realmente permite es la instauración de una política neoliberal, que permita la entrada de capitales extranjeros a competir en el mercado nacional en aquellos sectores que eran solo de competencia del estado como la salud, la educación, servicios públicos, comunicaciones entre otros, es así como la estrategia consistía

en la adecuación de las condiciones del país a las necesidades del mercado, el subsecuente cambio del rol del estado o lo que implicaba una reducción de este (5), mediante la eliminación de subsidios a los sectores tradicionales (la salud y el subsidio a la oferta) y la venta o privatización de las empresas estatales, ello se tradujo en reformas como la Ley 50 de 1990, la Ley 100 de Seguridad Social que privatizó y entregó a las fuerzas del mercado la salud de los colombianos mediante el disfraz de la focalización cuyo objetivo primordial consistía en el aseguramiento, muy loable concepción pero cuyo principio de fondo era el ingreso de inversionistas que asumirían el “negocio” de la salud. En la administración Gaviria se dio prioridad al tema pensional sobre el de seguridad social (6), El interés primordial lo constituía el Sistema subsidiado y a la financiación de los servicios médicos y hospitalarios, desconociendo la salud pública en el contexto normativo.

El enfoque de la Ley 100 respondía básicamente a la competencia regulada de los agentes estatales y privados que participaban en el sistema. Una competencia que debía darse para mejorar la calidad, reducir los costos y

lograr la satisfacción de los usuarios, en el marco de una regulación estatal (7).

La visión neoliberal en materia de salud está enfocada más en la atención a la enfermedad (terreno en el que se dan mayores oportunidades de rentabilidad para empresas privadas) que en la promoción este segundo enfoque menos lucrativo que el anterior.

La política sanitaria desarrollada por el gobierno colombiano desde la década de los 90, tiene como objetivo mejorar la equidad y extender la cobertura. Esta política se fundamenta en los siguientes principios:

1. La modulación estatal de las reglas de juego entre la gente y las instituciones.
2. La articulación de las transacciones entre los miembros de la población, las instituciones, las agencias financieras y los prestadores de servicios, con el fin de facilitar el flujo de los recursos hacia la producción y consumo de los servicios.
3. La búsqueda de fuentes alternativas de financiación y
4. La organización de la oferta con criterios de mercado

Bajo el mismo marco político nacional e internacional ligeramente anterior a la Ley 100 mencionada anteriormente se produce la Ley 60 de 1993, por medio de la cual se establecen las competencias y se asignan los recursos para la salud y educación, se reglamenta el Situado Fiscal” y los recursos de participaciones de los Ingresos corrientes de la Nación, en el Presupuesto General de la Nación, llamados Recursos de Ley 60. Dichos recursos eran para inversión social en salud, educación, grupos vulnerables y programas sociales. Posteriormente, estas participaciones, con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 se transformaron de recursos orientados a la oferta a recursos de la demanda en salud, es decir, se convirtieron en subsidios de salud que empezaron a ser transformados a partir de la Ley 344 de 1996 (8).

La Ley 60 de 1993 regula las dos transferencias principales, el situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, aunque también pueden considerarse parte de este esquema las regalías y las rentas cedidas por los departamentos.

El situado fiscal está conformado por recursos provenientes de los ingresos corrientes que ceden a la nación que se ceden a los departamentos y distritos para la atención de los servicios públicos de educación y salud de la población (9), esta ley realizó cambios estructurales como: Aumento del porcentaje de rentas destinadas por este concepto, a partir de 1996 en 25,0% a salud, del cual 15% debía destinarse a financiar el régimen subsidiado aumentó la base de liquidación vinculándola a los ingresos corrientes de la nación y no a los ingresos tributarios, modificó la distribución, incluyendo población y número de usuarios potenciales y actuales, modificando los porcentajes de destinación para los sectores, otorgo a departamentos y distritos un manejo autónomo y descentralizado, en cuanto a los municipios, la participación en los ingresos de la nación en salud ,requería la certificación expedida por el departamento. La participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación tuvo avances considerables pues se aumento la base de liquidación, y su objetivo era hacer equitativo el

ingreso de acuerdo a la población y a los criterios de vulnerabilidad y NBI.

Con la Ley 60 de 1993 vino por primera vez la obligatoriedad de elaborar el “Plan Sectorial de Salud”, como uno de los requisitos fundamentales para la descentralización de la salud municipal y el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal (8), este plan debía estar contenido dentro del plan de gobierno del alcalde y corresponder a los lineamientos nacionales de salud y el departamental, esta descentralización para los municipios suscito inseguridad por cuanto temían no poder cubrir el recurso humano a su cargo del fondo local de salud.

El Plan Sectorial de Salud tenía los contenidos básicos del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA, que estaba regulado por la Ley 100 de 1993 y contemplaba todas las acciones colectivas de la población, independientemente de su régimen, y las acciones individuales, prioridades en salud pública, donde la población no afiliada era la responsabilidad directa del estado y la población afiliada a los regímenes de salud, contributivo o

subsidiado, debía recibir las acciones a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o de la Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), con acciones de vigilancia y control de la salud pública por parte de los entes territoriales.

La desarticulación y el límite entre las acciones colectivas e individuales, genero fragmentación en la competencia de las acciones de salud pública, lo que evidentemente influyo en la disminución en coberturas vacúnales, aumento en las tasas de incidencia de enfermedades como tuberculosis, Malaria, Chagas, lepra y sífilis congénita entre otras.

Posteriormente aparece la Ley 715 de 2001 que deroga la Ley 60 de 1993 (10), en el Título I se ocupa de la naturaleza del sistema general de participaciones que está constituido por los recursos que la nación transfiere a los entes territoriales, de conformidad con los artículos 356 y 357 de la Constitución. En su Título III “sector salud”, Capítulos I y II (Artículos 42 a 45), delimita las competencias de la Nación y los entes territoriales para el

sector, de la dirección de salud en el ámbito departamental, de la prestación de los servicios de salud, de salud pública, de aseguramiento, de la dirección del sector en el ámbito municipal, y en el Capítulo III de la distribución de los recursos en salud.

Según el Artículo 46 de la Ley 715, Los recursos del SGP con destino a las entidades territoriales se distribuyen en tres componentes, así:

- Participación para educación (58,5%)
- Participación para salud (24,5%)
- Participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico (17,0%)

A su vez los recursos de la participación para salud se distribuyen en tres componentes:

Aportes para los subsidios a la demanda (Financiación del Régimen Subsidiado en Salud). Aportes para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (financiación de la atención de la población considerada como

“vinculada” al Sistema de Salud. Los recursos son transferidos a los departamentos para financiar los servicios especializados de los niveles II, III y IV, y a los municipios para financiar los servicios del nivel I de atención.

Finalmente los aportes para las acciones de salud pública (Financiación del Plan de Atención Básica – PAB). Los recursos son transferidos a los departamentos y municipios para financiar en PAB de cada ente territorial.

Las actividades de P y P, harán parte de los recursos del PAB, que será responsabilidad de los municipios, ya no harán parte del POS, es evidente que la ley, pretende visibilizar la salud pública y asignar las competencias sanitarias de forma más coherente y redirecciona la responsabilidad al estado. Las Circulares 52 de 2003 del Ministerio de Salud y 18 de 2004 del Ministerio de la Protección Social (apoyándose en la Ley 715), dieron orientación al PAB en los entes territoriales para el período de los gobiernos locales 2004-2007. Por otra parte, las actividades de salud pública a cargo de las EPS se rigen,

aún, por el Acuerdo 117/98 y las resoluciones 412 y 3384 de 2000. Allí se fijan 3 grande componentes:

El concepto de demanda inducida, Las actividades de protección específica y detección temprana, La atención de enfermedades de interés en salud pública (ciertas enfermedades infecciosas de alto impacto, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad) con sus guías de atención.

Finalmente la Ley 1122 (Capítulo VI de la Ley 1122 de 2007 (Artículos 32 a 34) trata “De la salud pública”, de 2007 establece el Plan Nacional de Salud Pública, que se materializa a través del Decreto 3039 y la Resolución 425 de 2008.

El Capítulo de salud pública de la Ley 1122, dice “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida,

bienestar y desarrollo del país. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”.

La ley afirma que la salud pública colectiva es responsabilidad de la Nación y de los entes territoriales, y está dirigida de manera general a toda la población. Entre tanto, la salud pública individual está a cargo de los responsables del aseguramiento, se dirige de manera individual a la promoción y prevención de enfermedades y se ejecuta por medio de acciones concretas, incluidas en el Plan Obligatorio de Salud -POS- de tal manera que las acciones individuales son responsabilidad de las aseguradoras.

La Ley 1122 de 2007 (11) establece el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP-, definido por el gobierno nacional inmerso en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. El PNSP contemplar; acciones del nivel nacional, territorial y aseguradoras; plan financiero y presupuestal de cada actor; coberturas mínimas obligatorias en servicios e

intervenciones de salud; metas y responsabilidades en vigilancia de salud pública y acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo; prioridades de salud pública del POS y metas de las EPS, y debe fundamentarse en modelos de atención como salud familiar y comunitaria, atención primaria o atención domiciliaria.

En el PNSP, se instaura a su vez el Plan de Salud Territorial (a cargo de las direcciones territoriales de salud), que incluye las acciones de salud pública de:

- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas [en el ámbito territorial].
- POS [de los regímenes contributivo y subsidiado POS-C y POS-S]
- [Plan de beneficios del Sistema General de] Riesgos Profesionales – SGRP.

La financiación del plan territorial en sus distintos componentes es la siguiente:

SALUD PÚBLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sistema General de Participaciones SGP- Departamental</li> <li>· Nación</li> <li>· Recursos Departamentales</li> </ul>
---------------	---

DESARROLLO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sistema General de Participaciones SGP</li> <li>· Rentas Cedidas</li> <li>· Regalías</li> <li>· Recursos Departamentales</li> <li>· Vigencias Futuras - Pasivos Laborales</li> <li>· Estampilla Pro-hospitalaria</li> </ul>
ASEGURAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Nación – FOSYGA</li> <li>· Rentas Cedidas</li> <li>· Recursos Departamentales</li> <li>· Cajas de Compensación</li> <li>· SGP Municipal</li> </ul>
PROMOCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sistema General de Participaciones SGP- Departamental</li> <li>· Nación</li> <li>· Recursos Departamentales</li> </ul>
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sistema General de Participaciones SGP- Departamental</li> <li>· Recursos Departamentales</li> </ul>
EMERGENCIAS Y DESASTRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Nación</li> <li>· Recursos Departamentales</li> </ul>

Las políticas de salud pública están inmersas dentro de las políticas sociales y por tanto deben ser atendidas en la perspectiva de la gerencia social como articuladora de procesos resolutivos para la sociedad, apenas se están comenzando a percibir que los obstáculos al desarrollo no son solo el producto de las dificultades económicas, políticas o sociales, sino que las estructuras sociales, las actitudes, la mentalidad, las significaciones y los valores deben ser transformados (12), debemos ir en busca de una sociedad

donde la racionalidad y las relaciones que se establecen no atiendan al mercado sino que respondan a proceso de identidad, de ampliación de la intervención institucional y la participación comunitaria en el desarrollo de las políticas, que permitan percibir la salud pública dentro de un contexto integral que involucre el concepto de desarrollo social y humano en pos de la equidad y el desarrollo de nuestros pueblos, y que posicione el quehacer del estado en el direccionamiento y control de lo “público”, nuestra salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de la República de Colombia de 1991. Bogotá: La Asamblea; 1991.
2. Orozco JM. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen Contributivo en Colombia. Cartagena; 2006.
3. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990: Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones. El Congreso; 1990.
4. Klisberg B. América Latina una región en riesgo de pobreza, inequidad institucionalidad social. INDES; 2000.
5. Betancourt S, Uribe M, Yépez A, Salamanca RM, Molina A. En deuda con los derechos. 1 ed. Bogotá: Asociación de trabajo Interdisciplinario; 2003.
6. Mockus A, Londoño JL, López C, González C. La política social en los 90, Departamento de Trabajo Social de Universidad Nacional, Indepaz. 1 ed. Santa fe de Bogotá; 1994.
7. Gómez RD. Efectos de la ley sobre la institucionalidad civil en Colombia. Red Colombiana de Investigación en Políticas y sistemas de salud. Ponencia

presentada en Seminario internacional “El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud”. Medellín; 2005.

8. Jaramillo MC. La Planeación territorial en salud como un componente del Plan de Desarrollo Municipal. Observatorio de Políticas Públicas. Boletín POLIS 004; 2008.
9. Rodríguez CR. Gestión social y finanzas municipales. Fundación Friedrich Ebert, Fescol, Corpodesarrollo. 1° ed. Bogotá: Grupo editorial 87; 1996.
10. Congreso de la República. Ley 715 de 2001: Por la cual se crea el sistema general de participaciones. Bogotá: El Congreso; 2001.
11. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de salud Pública: Avances y retos en el fortalecimiento de la salud pública en Colombia. Dirección de Salud pública, Ministerio de protección Social. Bogotá: El Ministerio; 2007.
12. Naranjo S. Gerencia Social. Hacia un nuevo modelo de gestión social. Medellín; 1997.