

La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores

Legislation regulating the Colombian health system: formulation, implementation and implications on its agents

Iván F. Muñoz E¹; Beatriz E. Londoño²; Yomaira Higueta H³; Diego A. Sarasti⁴; Gloria Molina M.⁵

¹ Médico, magíster en salud pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ivanfelipe9@yahoo.es

² Gerente de sistemas de información en salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

³ Ingeniera sanitaria, especialista en evaluación socio-económica de proyectos, estudiante de maestría en salud ocupacional, docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

⁴ Médico, magíster en salud pública, docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

⁵ Enfermera, Ph. D. Health Services Management, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 6 de noviembre de 2008. Aprobado: 16 de julio de 2009

Muñoz IF, Londoño BE, Higueta Y, Sarasti DA, Molina GM. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 142-152.

Resumen

En el sistema de salud colombiano, la legislación cumple el papel de determinar su estructura y funcionamiento en aras de la garantía de los derechos a la salud y la seguridad social incluidos en la Constitución de 1991. **Objetivo:** presentar las problemáticas en la formulación e implementación de la legislación del actual sistema, así como las implicaciones sobre sus diferentes actores. **Metodología:** estudio realizado en seis ciudades colombianas usando la metodología cualitativa de la teoría fundada. Se realizaron 174 entrevistas a médicos, administradores, enfermeras y usuarios. **Resultados:** los hallazgos evidencian problemas en la formulación e implementación, entre ellos: la sobreproducción normativa y las dificultades para su aprehensión, la

influencia de intereses particulares y la no correspondencia de las normas con las necesidades de salud la población. **Discusión:** estas problemáticas causan barreras de acceso a los servicios de salud y fallos en la calidad de la atención a los pacientes, dilemas éticos e insatisfacción en los profesionales de la salud, así como inestabilidad para las instituciones del sector salud. Lo anterior emerge como limitación para la garantía del derecho a la salud y exige un replanteamiento de la legislación a favor de los principios constitucionales y el bienestar colectivo.

-----**Palabras clave:** legislación en salud, derecho a la salud, accesibilidad a los servicios de salud, personal de salud, sistema de salud colombiano

Abstract

In the Colombian health system, the legislation complies with the role of determining its structure and function in order to guarantee the rights to health and social security included in the 1991 Constitution. **Objective:** to present the issues in the formulation and implementation of legislation in the current system and the implications of their various agents. **Methodology:** a study in six Colombian cities using qualitative methodology based on the theory. 174 interviews were conducted with doctors, administrators, nurses and users. **Results:** the findings reveal problems in the formulation and implementation, including: over-regulation and the difficulties

of his apprehension, the influence of special interests and not matching the standards with the needs of the population health.

Discussion: these problems cause barriers to accessing health services and failures in the quality of patient care, ethical dilemmas and dissatisfaction with health professionals, as well as instability in the health sector institutions. This emerges as a constraint to guarantee the right to health and requires a rethinking of the law in favor of the constitutional principles and the collective welfare.

-----**Key words:** legislation in health, right to health, health service accessibility, health staff, Colombian health system

Introducción

Con la expedición de la Ley 100 en 1993, que reformó el anterior Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976, e instauró el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), se ha buscado llevar a cabo los mandatos sobre la salud y la seguridad social en la población colombiana contemplados en el título 2 de la Constitución Política promulgada en 1991.¹ Esta reforma al sistema de salud colombiano implicó cambios en su estructura y funcionamiento, dentro de los que se destacan los relacionados con la función de rectoría y control, que pasó a ser asumida de manera conjunta por el Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social), la Comisión de Regulación en Salud (creada por la Ley 1122 de 2007),² el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (con sus correspondientes Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud),¹ los entes territoriales (departamentos y municipios)³ y la Superintendencia de Salud.^{2,4} Estos diferentes organismos ejercen sus labores de rectoría y control, entre otras formas, a través de la expedición de actos administrativos⁵ que pretenden reglamentar las disposiciones constitucionales y, en particular, las derivadas de las leyes que sustentan el sistema de salud, fundamentalmente la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007.

De esta manera, la regulación del sistema de salud a través de la legislación o expedición de normas cumple una función primordial en la dinámica de este, ya que determina la estructura y las pautas de funcionamiento por medio de la reglamentación de aspectos relacionados con la calidad de la atención, los mecanismos para la accesibilidad a los servicios de salud, los sistemas de información, los deberes y derechos de cada uno de los actores involucrados, las guías y protocolos de atención y los planes de beneficios, entre otros más.

Desde la concepción objetiva del derecho, la legislación consiste en el conjunto de reglas jurídicas que rigen una determinada sociedad en un momento histórico dado y constituyen su ordenamiento jurídico,⁶ todas las cuales tienen como propósito la afectación de las decisiones de los destinatarios de ellas a favor de sus objetivos.⁷ En este orden de ideas, siguiendo los postulados de Mónica Bolis, la legislación en salud consiste en el mecanismo por medio del cual un Estado, en búsqueda de dar respuesta a los principios constitucionales relacionados con la salud, sienta las bases para el orden social y el equilibrio entre los diferentes actores del sistema.⁸ Dentro de este concepto quedan incluidas las leyes y, adicionalmente, la reglamentación y la legislación que ha surgido a partir de actos administrativos de cualesquiera de los organismos encargados de la rectoría y control en el sistema de salud.

Este concepto incluye dos procesos que, aunque diferentes, están íntimamente relacionados con el cum-

plimiento del objeto de la legislación. Por un lado se encuentran los aspectos relacionados con los trámites desarrollados para la elaboración, aprobación y sanción de los textos que actuarán como normas, los cuales se agrupan en el proceso denominado como “formulación”. En segunda instancia, se encuentran los asuntos relacionados con la interpretación y el cumplimiento o aplicación de la legislación, considerados como parte del proceso llamado “implementación”.

Este aspecto del Sistema General de Seguridad Social, o sea, la legislación que lo reglamenta, emergió de manera importante durante la investigación *Decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y su relación con la calidad y el acceso a los servicios, Colombia, 2006-2007*, y se constituyó en una categoría analítica de la misma, que es el objeto del presente artículo. Esta investigación surgió como propuesta de análisis del sistema de salud en el que se presentan grandes insatisfacciones y se denuncian serias dificultades para el acceso a los servicios de salud, así como fallos en la calidad de estos; así, se llevó a cabo con el ánimo de aportar elementos de discusión en el plano nacional para el mejoramiento de estas problemáticas, a la vez que pretende brindar herramientas a los profesionales de la salud y los usuarios para reflexionar sobre su situación actual y sus derechos.

Metodología

Se recurrió a un diseño cualitativo de estudio de caso, que permite recolectar, procesar y analizar información a favor de la comprensión de complejos objetos de estudio.⁹ Dentro del enfoque cualitativo se utilizó como estrategia de recolección y análisis de información la perspectiva ofrecida por la teoría fundada propuesta por Strauss y Corbin.¹⁰

El estudio se realizó en seis ciudades caso: Medellín, Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia, seleccionadas bajo el supuesto de que en ellas se da una diversidad en la implementación del sgsss y de que se presentan diferencias en su contexto cultural y de desarrollo en salud. En cada ciudad se eligieron representantes de tres grupos de actores del sistema: 1) médicos y enfermeras, generales y especialistas, que se dedicaran a la atención en salud en instituciones públicas o privadas del sector y que llevaran como mínimo cinco años de egresados, los cuales se agruparon como *personal clínico*; 2) el personal administrativo, o sea, quienes se desempeñaban en los diferentes ámbitos administrativos del sistema —entes territoriales, empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas—; y 3) usuarios de instituciones públicas y privadas del sec-

tor. En el período de estudio (2006 y 2007), cada ciudad fue visitada en dos a tres etapas, y se contactó en promedio a 29 personas o grupos de personas por ciudad, para un total de 179 entrevistados, de 96 instituciones de salud, públicas y privadas. En la tabla 1 se presentan los entrevistados según el tipo de actor del sistema.

Tabla 1. Entrevistas realizadas a los diferentes actores del sistema

Actores entrevistados	Número de entrevistas
Personal Clínico	89
Personal administrativo	54
Usuarios	36
Total entrevistados	179

La información fue recolectada a través de entrevistas semiestructuradas individuales y grupos focales conducidos por los miembros del equipo de investigación. Ambas técnicas se apoyaron en guías diseñadas y sometidas a prueba piloto por el mismo equipo de investigación. Tras la primera etapa de recolección de información en las seis ciudades, las guías de entrevista y de los grupos focales fueron ajustadas de acuerdo con el nivel de logro de los objetivos, la emergencia de nuevos temas y la saturación de las diferentes categorías de análisis.

Las entrevistas y grupos focales fueron registradas, transcritas literalmente y sometidas a un proceso de análisis de texto y codificación siguiendo los lineamientos de la teoría fundada (codificación abierta, axial y selectiva).¹⁰ Como resultado de este proceso se generaron 11.976 códigos, que fueron agrupados en 74 subcategorías descriptivas y 13 categorías analíticas. Los códigos clasificados en las subcategorías fueron representados a través de mapas mentales y relacionados por medio de la construcción de mapas conceptuales de las categorías analíticas. De esta manera, se lograron identificar los conceptos centrales de cada categoría, definir sus principales características y establecer los tipos de relación existente con los otros conceptos de la misma categoría y de las otras categorías asociadas. En los diferentes momentos del análisis de la información de las entrevistas y grupos focales se usaron los paquetes de software Word, Excel y Power Point de Microsoft y la herramienta para el diseño de mapas conceptuales CmapTools, versión 4.16.

Durante el proceso de recolección de información se aseguró la contribución libre de todos los participantes, quienes, tras informárseles de los objetivos y metodología, dieron su consentimiento de manera verbal para la realización y grabación de la entrevista o el grupo focal. En todo el proceso se garantizó manejo confidencial y anónimo de las personas que participaron en las entre-

vistas y de las instituciones a las cuales ellas pertenecen. Igualmente, se siguieron las normas éticas vigentes para la investigación en salud.¹¹

Hallazgos

Los actores entrevistados consideran que la estructura y funcionamiento general del sistema están enmarcados por la legislación que lo reglamenta, ya que en el ámbito institucional –para los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud– delimita responsabilidades, funciones y beneficios; para los profesionales de la salud, define su quehacer y responsabilidades jurídicas y éticas; y para los usuarios, establece los servicios, o “derechos”, que deben prestárseles. “La legislación es el marco en el cual nosotros podemos tomar decisiones” (p. administrativo, 32-9). “Cualquier tipo de servicio tiene una norma y vive sobre esa norma” (p. administrativo, 212-2). “La norma dice hasta donde tiene derecho el paciente” (p. clínico, 174-9).

Frente a este rol nuclear de la legislación, los diferentes participantes en el estudio destacan una serie de elementos que están implicados en los procesos de formulación y aplicación, determinando efectos diversos en todos los actores del sistema. A continuación se presentan los principales aspectos observados:

Problemas en la formulación de la legislación

Según los actores indagados, en la formulación de la legislación del sistema participan actores con intereses particulares, en especial aquellos que tienen mayor capacidad de influencia en las esferas de decisión del país: “Desafortunadamente se legisla por el mandato de turno [...] por los que solo tienen acciones en tal empresa multinacional, el otro en la farmacéutica [...] entonces van pasando las leyes normalmente a beneficio propio y no a beneficio del común” (p. clínico, 81-20).

“El valor protagónico, preponderante y hasta económico que han tenido las aseguradoras ha hecho que cambien la norma” (p. administrativo, 140-14).

Los actores que intervienen en la formulación de las normas tienen, posiblemente, diferentes niveles de conocimiento o idoneidad en temas diferentes a los sanitarios, pero no en los temas de salud, lo que desplaza y ocasiona poca participación de los profesionales de la salud y los usuarios:

“Uno ve que las normas son impuestas por una decisión de ellos (el Congreso de la República) sin tener ningún tipo de conocimiento o tratar de penetrar dentro de la necesidad de las personas” (p. clínico, 98-5). “Se han normatizado muchas cosas, pero a espaldas del mismo médico y del mismo paciente” (p. clínico, 11-6). “Yo no sé quién hizo el plan obligatorio de medicamentos, porque hay muchos

medicamentos que ni el médico los utiliza ni tiene por qué mandarlos, mientras que hay unos que realmente uno considera que deberían estar incluidos ahí [...] Entonces no sé quién hizo eso, cómo lo hicieron, qué criterios han tenido” (p. clínico, 112-9). “Siempre (las normas) son enfocadas desde el punto de vista administrativo y económico. El concepto del médico no se le tiene en cuenta para la toma de decisiones, ni para los lineamientos, ni para trazar políticas [...] ya están definidas desde el punto de vista administrativo, simplemente nosotros vamos y cumplimos con la parte asistencial, mas no ayudamos en la toma de decisiones desde el punto de vista administrativo o de lineamientos, o de mejorar estrategias desde el punto de vista de salud, porque el ministerio las trazan” (p. clínico, 57-2).

Para algunos entrevistados, las situaciones antes descritas llevan a que se presentan casos en que las normas no responden a las necesidades en materia de salud de la población, dado que no consideran todas las acciones requeridas para el mantenimiento y recuperación del estado de salud de las poblaciones y, por otro lado, son elaboradas sin considerar las particularidades locales y regionales, situación especialmente sentida en las ciudades más alejadas de la capital del país.

“Se hacen normas muy generales y cada región necesita algunas cosas especiales: las normas nuestras no van a ser iguales en el Amazonas [...] porque es que nosotros tenemos varias culturas, varias razas, aunque seamos colombianos” (p. clínico, 108-12). “Algunas veces las normas son como salidas de contexto [...] porque parece que vienen aisladas de nuestros contextos, de nuestra idiosincrasia” (p. clínico, 48-5).

Desde la perspectiva de los entrevistados, a las situaciones descritas se suman otros problemas, ya que en algunos casos las normas del sistema permiten más de una interpretación, por lo que generan ambigüedad, o también, en otros casos, no logran definir con precisión las responsabilidades u obligaciones de los actores, ocasionando lo que algunos participantes denominaron como el fenómeno de los “vacíos normativos”. “La norma tiene vacíos, tiene interpretaciones que en determinado momento pueden ser ambiguas: tanto el asegurador como el prestador la interpretan para su beneficio propio [...] hay muchos baches, muchos vacíos en las normas: que no se sabe si a un paciente la cobertura es por el ente territorial, si es por el asegurador [...], entonces eso hace que nosotros los prestadores tengamos limitantes para poder atender a un paciente” (p. administrativo, 145-6).

Problemas para la aplicación o implementación de la legislación que reglamenta el sgsss

Asociado a lo anterior, los entrevistados exponen la existencia de un gran número de normas que reglamentan el sgsss, situación denominada por ellos como

“sobreproducción normativa”. Según algunos actores consultados, este fenómeno se debe a la existencia de múltiples entidades con función normativa en el sector, así como a la poca capacidad de las normas para resolver las necesidades en salud de la población, lo que obliga a la creación de nuevas normas que intenten corregir las omisiones o ambigüedades de las anteriores. Así, los actores se ven enfrentados, no solo a una multiplicidad de normas, sino también a los cambios frecuentes en ellas:

“El regulador del sistema, que es el Ministerio y el Consejo de Seguridad Social, cuando se dan cuenta de que han hecho algo mal, lo quieren cambiar con una nueva norma” (p. administrativo, 140-5). “Todos los meses sale una norma nueva: primero la Ley 100, pero después de la Ley 100 vamos en más de 300 acuerdos, y cada acuerdo modifica otro acuerdo y así [...] la superintendencia tienen sus propias resoluciones, el gobierno a través del Ministerio de la Protección Social saca otras cosas y el Consejo Nacional de Seguridad Social, otras” (p. clínico, 116-12).

La sobreproducción normativa y las continuas innovaciones en la reglamentación generan en los actores la percepción de que la legislación del sistema es confusa, incomprensible y de difícil conocimiento. Estas dificultades, de acuerdo con los participantes, limitan el cumplimiento de la legislación e implican pérdidas en inversiones en procesos administrativos y mayores costos por nuevos procesos de capacitación al personal:

“Existe una gran proliferación de normas en el sistema [...] creo que resulta muy difícil a la comunidad en general enfrentarse a esa maraña normativa que existe” (usuario, 105-9). “Debido a la gran cantidad de normas que en nuestro país existen, hemos tenido que estar pendientes de ese entorno reglamentario y normativo para poder orientar la institución [...] entonces nosotros ya estamos en la ruta de conseguir una meta de cumplimiento y nos cambian las reglas de juego; se nos adiciona algo más exhaustivo, y hacen que el cumplimiento se vaya prolongando [...] la normatividad hace que nosotros tengamos que retroceder y tomar impulso para ver hacia dónde enfocamos y hacia dónde cumplimos, y eso hace que nosotros demoremos muchas veces la consecución de algunos objetivos estratégicos y claves para la institución” (p. administrativo, 145-5).

Adicionalmente, los profesionales de la salud entrevistados manifiestan que la legislación del sistema les ofrece algún grado de certidumbre en su actuar, pero también les genera contradicciones con su misión como agentes de salud, por lo cual se encuentran en una posición ambivalente frente a la legislación. Este fenómeno, sumado al desconocimiento de la legislación, desencadena posiciones de rechazo y resistencia frente a ella.

Por otro lado, algunos participantes resaltan que la ambigüedad en la legislación permite diferentes interpretaciones y grados de aplicación, o de evasión, de

acuerdo con el interés del actor. Tal es el caso de algunas instituciones de salud* que ajustan sus políticas y protocolos de atención de acuerdo con la interpretación que hacen de la reglamentación, exigiendo la aplicación literal de normas que benefician sus intereses y siendo flexibles con aquellas que no lo hacen tanto:

“Cada EPS interpreta el MAPIPOS (manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud) a su forma” (p. clínico, 82-8). “Hay instituciones que son dadas a cumplir las normas, otras no” (p. administrativo, 41-6). “Cada actor ha tratado de interpretar de acuerdo a los objetivos que tiene [...] esas palabras tan abiertas que se dejan en las leyes permiten la interpretación de cada uno” (p. administrativo, 86-3). “Somos expertos en tergiversar [...] siempre intentamos sacarle el mayor provecho económico a las cosas” (p. clínico, 51-6).

Desde otra óptica, representantes de las instituciones de salud manifiestan dificultades para la aplicación de la legislación, debido a los requerimientos técnicos, financieros y de talento humano que, según ellos, algunas instituciones no logran alcanzar. La coexistencia de estas diferentes problemáticas afecta la aplicación de las normas, con lo cual se crean brechas entre los objetivos y contenidos de la legislación en salud y la realidad concreta de su aplicación: “Una cosa son las normas y otra es el actuar diario” (p. clínico, 148-6). “Hay un gran bache entre lo normado y lo aplicado” (p. clínico, 115-14).

Influencia de intereses particulares en la legislación

Al igual que para la formulación, los entrevistados revelan la existencia de intereses particulares que interfieren en la aplicación de la legislación que regula el sistema. Estos intereses provienen de los diferentes actores del sistema y propenden, fundamentalmente, por el beneficio individual o particular sobre el bienestar colectivo: “Hay intereses desde los tres actores del sistema: prestador, asegurador y asegurado” (p. administrativo, 132-6). “Los que ejecutan las normas en salud lo hacen bajo ‘sus conveniencias personales’” (p. clínico, 18-6).

Esta situación, en consonancia con lo explicado por algunos participantes, tiene su raíz en la lógica de mercado del sistema, en que se da prelación a los intereses financieros y de rentabilidad económica: “Porque nadie quiere perder, o sea, las ARS no quieren perder, el gobierno no quiere perder” (usuario, 134-9). “Ninguna entidad está con ánimo de pérdida” (p. administrativo, 110-5). “La gente no importa, el usuario no importa, lo importan-

te es cómo ganar más” (p. administrativo, 91-17). “Estamos en el mercado [...] en el ‘sálvese quien pueda’ [...] cada quien luchando individualmente” (p. clínico, 18-6). “En la puesta en marcha (del sistema de salud) salen a flote los intereses económicos por encima de los del cuidado de la vida y salud de las personas” (p. clínico, 35-9). “Generalmente los intereses económicos prevalecen más que la misma salud del paciente o del usuario” (p. clínico, 141-12). “El afán de lucro ha deformado el espíritu de la Ley” (p. clínico, 51-6).

Esta situación también se favorece por la forma de accionar de los organismos de control, percibidos como “pasivos” y “permisivos”: “Yo siento que no hay organismos de control” (p. administrativo, 36-12). “Los entes reguladores realmente no hacen seguimiento del cumplimiento de las normas” (p. administrativo, 41-5). “Si se aplican o no [las normas] depende de cada una de las instituciones y de la vigilancia que ejercen sobre esta” (p. clínico, 57-3).

Según algunos participantes, la búsqueda exclusiva del beneficio particular de los diferentes actores trae consecuencias en la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención: “Se afecta la calidad, la oportunidad y la atención del paciente por pensar en un beneficio propio” (p. clínico, 156-6). “Las instituciones no responden a la necesidad de los usuarios sino a su propia necesidad” (usuario, 105-11).

Problemas para los actores del sgsss atribuidos a la legislación

De acuerdo con los actores indagados, las problemáticas mencionadas traen consecuencias negativas para los usuarios, ya que la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención son afectadas de diferentes maneras, como por ejemplo:

- Se afecta la integralidad de la atención en salud porque se fragmenta la atención, ya sea por la parte del cuerpo afectada o por el nivel de complejidad de la patología del paciente: “A mí me parece algo tan complejo, que usted fractúrese todo el cuerpo menos las manos, porque ya no le cubre el seguro” (usuario, 135-13). “Ahora la normatividad dice que uno tiene que hacer hasta máximo tres superficies en un diente y no las cinco que tenía todo el diente [...] ya no se le puede reconstruir todo el diente; eso ya pasa a otro nivel [...] y eso no lo cubre en el caso del régimen subsidiado” (p. administrativo, 138-8).
- Aunque algunos actores opinan que el contenido de los planes de beneficio presentan niveles adecuados de cobertura en las necesidades de salud, sin embargo, para otros participantes, el contenido de estos planes restringe la satisfacción de las necesidades en salud de la población: “Si el paciente quiere una droguita buena, tiene que comprarla” (usuario, 135-9).

* Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

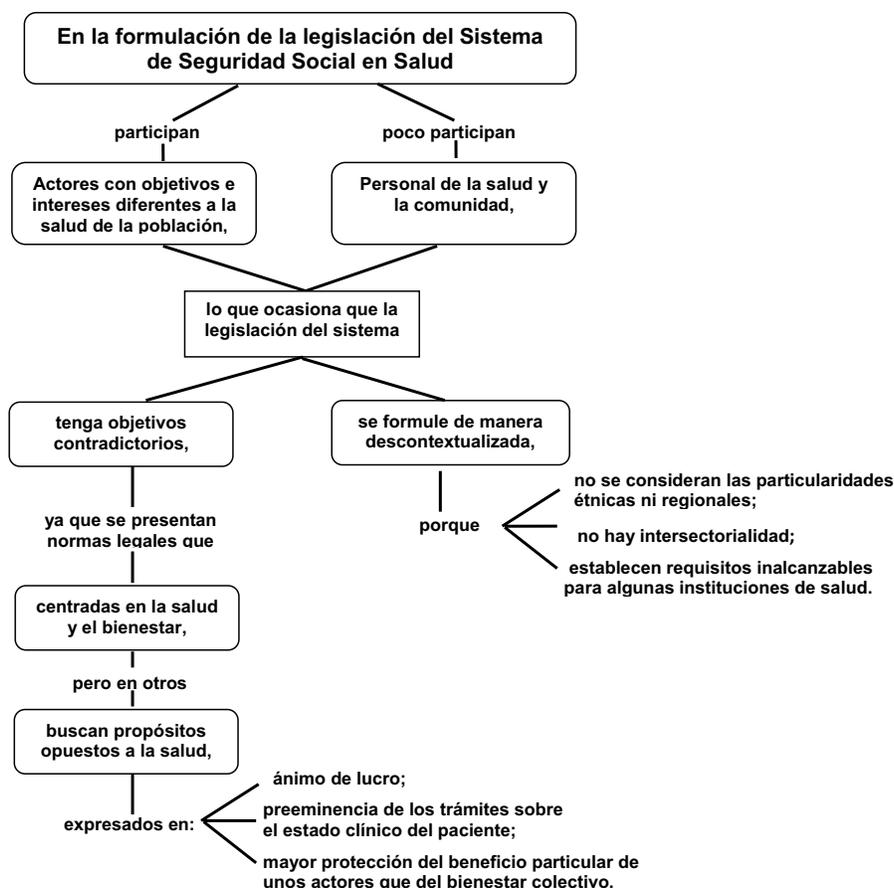


Figura 1. Problemas en la formulación de la legislación que reglamenta el sistema de salud

“La Ley 100 es muy clara: la cobertura es tal cosa, lo demás tienen que pagarlo del bolsillo de las personas” (p. administrativo, 110-3). “Las drogas que uno a veces necesita no son las que uno encuentra en el POS” (p. clínico, 139-2).

- Se afecta la oportunidad en la atención porque los trámites derivados de los requisitos legales generan demoras en este proceso: “La excesiva normatividad restringe la oportunidad en la atención del usuario” (p. administrativo, 72-14). “Primero tengo que cumplir con una cantidad de normas y le pido muchos parámetros, y luego le pregunto al señor: ‘Para qué es que viene? ¿Qué es lo que tiene el señor?’” (p. clínico, 52-7).
- Se presentan inequidades en los planes de beneficios: “La norma misma es inequitativa, es totalmente inequitativa, al punto que hay un POS y un “posito”, el subsidio parcial” (p. clínico, 116-10). Para los profesionales de la salud, por otro lado, estas dificultades obligan la acomodación de su saber académico ajustándolo a la realidad del sistema, ya que cuando intentan aplicar el conocimiento adqui-

rido en las universidades para el cuidado de sus pacientes, encuentran que las herramientas que poseen en la práctica, designadas por las normas, son diferentes de aquellas requeridas desde la academia: “Es nuestro deber darle al paciente lo que le es debido de acuerdo con el diagnóstico que tiene, pero la norma nos lo impide” (p. clínico, 133-16). “En la universidad le enseñan una cosa, pero uno tiene que llegar acá, volver a retomar y ajustarse únicamente a lo que dice la norma” (p. clínico, 139-2).

En este sentido, desde la percepción de algunos profesionales de la salud entrevistados, aunque la aplicación de las normas brinda protección jurídica en su quehacer y disminuye la inestabilidad laboral, les resta importancia en el acto de la atención en salud y mecaniza su labor profesional, lesiona su autonomía al limitar la prescripción y afecta su relación con los pacientes:

“Las leyes, las normas actuales para el sistema, afectan la autonomía del médico desde el punto de vista donde uno está sujeto a lo que ellos digan” (p. clínico, 63-8). “El paciente queda de lado por tratar de compaginar la decisión con la norma” (p. clínico, 31-8). “Definitivamente las nor-

mas hace que el médico en determinado momento tenga dificultades para tomar decisiones inmediatas” (p. administrativo, 145-9).

Estas situaciones llevan a diferentes grados de insatisfacción con su quehacer, desarraigo con la profesión y la sensación de no ofrecer el mejor cuidado a su paciente o de no ejercer su profesión con la calidad suficiente: “Al médico lo tenemos completamente atado a una normatividad que en realidad no lleva a nada positivo [...] No se puede manejar a un paciente con un médico maniatado” (p. clínico, 111-4). Ante esta situación, el profesional puede tomar dos caminos. En algunos casos la decisión es acatar las disposiciones normativas, asumiendo el menoscabo en su autonomía profesional y la presencia frecuente de dilemas éticos, como se visualiza en estas expresiones de los entrevistados: “Es como el conflicto diario: si violo la norma o si estoy quitándole el acceso al servicio a alguna persona [...] porque uno no puede irse tranquilo:

“Bueno, yo cumplí exegéticamente la norma como dicen los abogados, pero eso me costó que este señor se muriera” (p. administrativo, 132-4). “Eso es pan de cada día en este sistema: el dilema ético entre las reglas del sistema y los derechos de las personas” (usuario, 105-6). “En algunos casos la norma no me permite darle al paciente lo que él necesita [...] al paciente no le doy la atención que sé que requiere y eso me genera un conflicto ético” (p. clínico, 31-9). Pero en otros, se opta por incumplir lo dictado en la norma en pos de brindar la atención indicada al paciente, como los expresaron otros: “A veces para ayudar al paciente nos toca saltarnos las normas” (p. clínico, 39-15). “Procuro manejarlo dentro de los límites adecuados dentro de la norma, pero si necesito salirme de la norma, yo lo hago” (p. clínico, 51-3). “Todos los profesionales de la salud debieran poner, por encima de toda esta reglamentación que finalmente defiende unas mercancías, unas ganancias de otra gente; debieran poner por encima sus valores éticos” (usuario, 105-6). “Estoy dispuesta a asumir las consecuencias que se vengan por actuar éticamente para tratar de cambiar el medio” (p. clínico, 59-7).

Aunque esta última situación ponga en riesgo la seguridad jurídica del profesional, como lo expresó otro entrevistado: “He puesto en riesgo mi propia seguridad jurídica ante la decisión del bienestar o de la salud de la gente” (p. administrativo, 132-4). Por otro lado, para las instituciones de salud, la reglamentación determina su funcionamiento y sostenibilidad en el mercado, ya que enmarca los mecanismos de contratación, las formas de pago y el flujo de recursos; por tanto, cualquier variación en la legislación trae un importante efecto en su sostenibilidad. Sin embargo, las dificultades en la formulación y aplicación de las normas y la participación de diferentes intereses en este proceso generan una atmósfera de “desconfianza” en el sistema: “Una de las cosas que me preocupa del sector salud es la inestabilidad jurídica para uno hacer inversiones a largo plazo” (p. administrativo,

93-7). “Mayor seguridad no tenemos con este cambio de normas que hay en Colombia” (p. administrativo, 91-7).

El panorama antes descrito ofrece a las instituciones de salud inseguridad e inestabilidad, poniendo en riesgo su supervivencia y la recuperación de su inversión. Como respuesta a esto, fortalecen la capacidad de contratación, en lo cual el buen conocimiento de las normas aumenta la potencialidad en la negociación, mientras que, paralelamente, delimitan estrechamente los servicios a ofrecer, acudiendo a la aplicación literal de normas que definen los planes de beneficios (pos): “No se da ni un derecho más ni se da uno menos; es a lo que tiene derecho” (p. administrativo, 8-3).

Respecto de la relación entre la legislación y los fenómenos descritos, no se presenta consenso entre todos los actores participantes, ya que para algunos, las consecuencias negativas de la legislación están relacionadas con los diferentes problemas en la implementación, dado que la legislación, en su origen y formulación, busca garantizar la calidad de la atención, la accesibilidad a los servicios y el adecuado funcionamiento del sistema. Los siguientes códigos ilustran este concepto: “La norma no es mala [...] lo que le ha hecho daño a la norma es la intermediación” (p. administrativo, 97-8). “Si se cumpliera la norma, habría servicios para todos” (p. clínico, 104, 14). “Colombia no necesita más leyes, Colombia lo que necesita es hacer cumplir las normas que ya están” (p. administrativo, 97-8).

Sin embargo, para otros entrevistados, los efectos desfavorables de la reglamentación tienen su origen desde su formulación y en la implementación del actual sistema de salud con la Ley 100:

“Por la Ley 100 la salud se maneja desde el punto de vista empresarial y con un gran énfasis en el rendimiento monetario” (p. clínico, 99-2). “Se ha distorsionado que la salud es un derecho humano y un derecho fundamental” (p. clínico, 96-7). “Hay una contradicción entre lo que es la parte filosófica del amparo a los derechos fundamentales en la constitución y en los pactos internacionales y lo que es la reglamentación; en la reglamentación todo eso se ha restringido” (usuario, 105-10).

Discusión

A la luz de los hallazgos descritos, se pueden apreciar una serie de aspectos que afectan los procesos de formulación e implementación de la legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano, los cuales impactan de forma negativa los principios del mismo sistema y la garantía de los derechos constitucionales,⁺ ejerciendo un

⁺ La Ley 100 está fundamentada filosóficamente en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2);¹ los cuales, propenden por la garantía del derecho a la seguridad social y al servicio público de la

efecto negativo en la eficacia de la legislación ante las necesidades en salud de la población.

La escasa participación de los profesionales de la salud y de los usuarios en la formulación de la Ley 100 y la legislación que la reglamenta ha sido denunciada, entre otros, por la Academia Nacional de Medicina de Colombia en 1999¹² y el Primer Congreso Nacional por la Salud, realizado en el 2001.¹³ Esta situación se asocia con que en la reglamentación del sistema se presentan casos en los cuales es formulada de manera aislada de los contextos local y regional, desconociendo las diversas concepciones culturales acerca del proceso salud-enfermedad y las diferentes maneras como se manifiestan los determinantes de la salud en las distintas regiones del país, como lo mencionan Gutiérrez y Gutiérrez¹⁴ y el Primer Congreso Nacional por la Salud.¹³ A lo anterior se suma la variedad de intereses de los encargados de la toma de decisiones y la formulación de normas y políticas, quienes, como se ha evidenciado en la literatura internacional, pueden tener intencionalidades diferentes a las orientaciones que brinda el conocimiento científico¹⁵ y el bienestar colectivo, posibilitando la ocurrencia de conflictos de intereses, dadas las diferentes posiciones políticas y económicas en juego.¹⁶

La confluencia de estas circunstancias en el sistema colombiano da pie a que la legislación que lo enmarca tenga algunas contradicciones, ya que en ocasiones persigue objetivos centrados en la salud y el bienestar, pero en otras busca propósitos que distan del bienestar colectivo y la salud de la población general. Lo anterior se manifiesta en la existencia de normas que fragmentan acciones que deberían ser complementarias o, en otros casos, la presencia de lo que Mónica Bolis denomina los “vacíos regulatorios”¹⁸ (la ausencia de responsabilidades claramente identificables frente a la atención de algunos problemas de salud), lo que redundaría en dificultades para responder a las exigencias en materia de salud de la población, ya sea por resolver nula o parcialmente sus necesidades, como lo expone De Brigard Pérez¹⁷ y Gutiérrez y Gutiérrez,¹⁴ o por dar mayor protección al beneficio particular sobre el colectivo y a la rentabilidad financiera sobre la responsabilidad social.^{12, 13, 18}

Este panorama dista del llamado que en diversas ocasiones han hecho la Organización Mundial de la Salud y la comunidad internacional para el diseño de políticas públicas saludables,^{8, 19, 20} así como de los principios amparados en la Constitución Nacional de Colombia,²¹ la cual dicta que debe primar la dignidad humana (artículo 1) y el interés general sobre el particular (artículo 58), además de que establece la responsabilidad estatal de favorecer la participación en las esferas

decisorias a quienes se verían afectados por algún tipo de decisión (artículo 2).

Por otro lado, la exigencia hecha a las instituciones y personas residentes en zonas apartadas del país para la aplicación de normas que fueron diseñadas sin contemplar sus particularidades y contextos va en contravía del artículo 1 de la Constitución Nacional, en el cual se establece la descentralización y la autonomía territorial como principios fundamentales del Estado social de derecho.

Dentro de los problemas para la implementación y aplicación de la legislación que reglamenta el sgsss se destaca la “sobreproducción normativa”, situación evidenciada por el periódico El Pulso en el 2002, cuando denunció la existencia de más de 2.500 normas que regulaban el sistema.²² Este fenómeno se presenta como síntoma de las dificultades en la formulación de la legislación y, adicionalmente, por la modalidad de ejercicio del control que utilizan los organismos reguladores del sistema, quienes, según Ruiz Gómez, actúan de manera descoordinada y con grandes falencias en los sistemas de información, tendiendo a elaborar de manera reactiva normas como respuesta a los problemas que surgen en el desarrollo del sistema.⁵ Como efecto de la sobreproducción normativa, se afecta la capacidad de los actores para conocerla, comprenderla y aplicarla correctamente.

Otro de los problemas que interfieren en la implementación de la legislación consiste en el desconocimiento y el rechazo a la norma por parte de los profesionales de la salud y los usuarios. Adicionalmente, la falta de precisión y de criterios unificadores en algunas normas permite, como lo menciona García Serrano, interpretaciones “caprichosas”,²³ las cuales, según la Academia Nacional de Medicina y los entrevistados, están orientadas por intereses económicos o políticos particulares,¹² lo que asociado a la evasión de las responsabilidades de control de los funcionarios de organismos rectores del sistema¹³ genera un contexto regulatorio del sistema en que se da la coexistencia de la dualidad: preeminencia de la norma frente a la primacía de intereses particulares sobre ella. Este asunto va en contravía del carácter universal de la legislación, incluido en el artículo 4 de la constitución colombiana.²¹

Esta situación se favorece con la desregulación estatal y el ingreso y prevalencia de los principios de mercado y el individualismo en el sistema,²⁴ características de la filosofía neoliberal, las infracciones a las prácticas de poder público y las dificultades para la aprehensión de las normas por la misma “sobreproducción normativa” ya discutida.

La influencia de la legislación del sistema con las decisiones del talento humano en salud está definida por la función “soporte-frontera”, ya que la norma es el marco general para la acción en el sistema, pero también la frontera para el hacer en el mismo, limitando la práctica del acto médico y las decisiones de los profesionales en salud a lo que está contemplado en ella; de

salud contenidos en los Artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional e 1991.²¹

esta manera, influye en la autonomía del profesional, expresada en su decisión y prescripción (figura 2).

Dado que el profesional de la salud, a través de su decisión y de la prescripción que hace al paciente, es quien define el gasto de la atención,²⁵ las instituciones buscan ejercer el control sobre la función soporte-frontera, ya que quien tenga poder sobre esta función actuará sobre el acto médico y podrá controlar, a favor de sus intereses, al ordenador del gasto. Este fenómeno ha sido evidenciado de manera similar, aunque con otro tipo de actores, en los Estados Unidos, donde en una gran variedad de artículos científicos y editoriales de revistas médicas ha presentado la discusión frente a la presión que importantes industrias farmacéuticas ejercen sobre la prescripción del profesional de la salud en pos de favorecer sus intereses.²⁶⁻²⁸

Así, la búsqueda por intervenir en la función soporte-frontera y la defensa del interés particular determinan la forma de relacionarse entre los actores del sistema, la cual está determinada por las potencialidades de cada actor para tener el conocimiento y manejo de la legislación, por el capital económico que lo respalde y por la cercanía con las esferas de toma de decisión, en lo que, según Ruiz-Gómez, las aseguradoras tienen una mayor capacidad de influencia en la función reguladora del Estado (formulación de las normas).⁵

Como resultado de esto, algunas prestadoras y aseguradoras se valen de presiones laborales para influir sobre los profesionales, quienes se ven sometidos al

dilema “estabilidad laboral frente principios éticos”, al verse obligados a dar prioridad a normas regulares sobre los principios constitucionales y a las normas administrativas sobre los valores de la profesión, sufriendo así un menoscabo en la autonomía, la ética, la satisfacción laboral y la capacidad resolutoria ante las necesidades en salud de la población.

Pasando a otro punto, los usuarios perciben las normas del sistema fundamentalmente por los efectos de estas sobre su derecho a la salud, los cuales, como consecuencia de los problemas en la formulación y aplicación y la influencia de actores con intereses particulares, no logran satisfacer sus necesidades en este campo. Estas dificultades son ahondadas por la limitada capacidad de los usuarios para la exigibilidad de la garantía de sus derechos como usuarios, debido a la complejidad de la legislación, la ausencia en la participación en la elaboración de las políticas en salud²⁹ y la descontextualización de las mismas.

Una manifestación de la no correspondencia de la norma con las necesidades en salud de la población se ubica en falta de integridad en las actividades necesarias para la atención integral a los pacientes,^{12, 14, 18} lo cual se debe a la fragmentación de la atención en los diferentes niveles y tipos de servicios (laboratorio, imagenología, farmacia, hospitalización, etc.), lo que en ocasiones es, como para la población pobre sin subsidio a la demanda, responsabilidad de diferentes entidades. En otros casos, a las aseguradoras del régimen subsidiado o del contri-

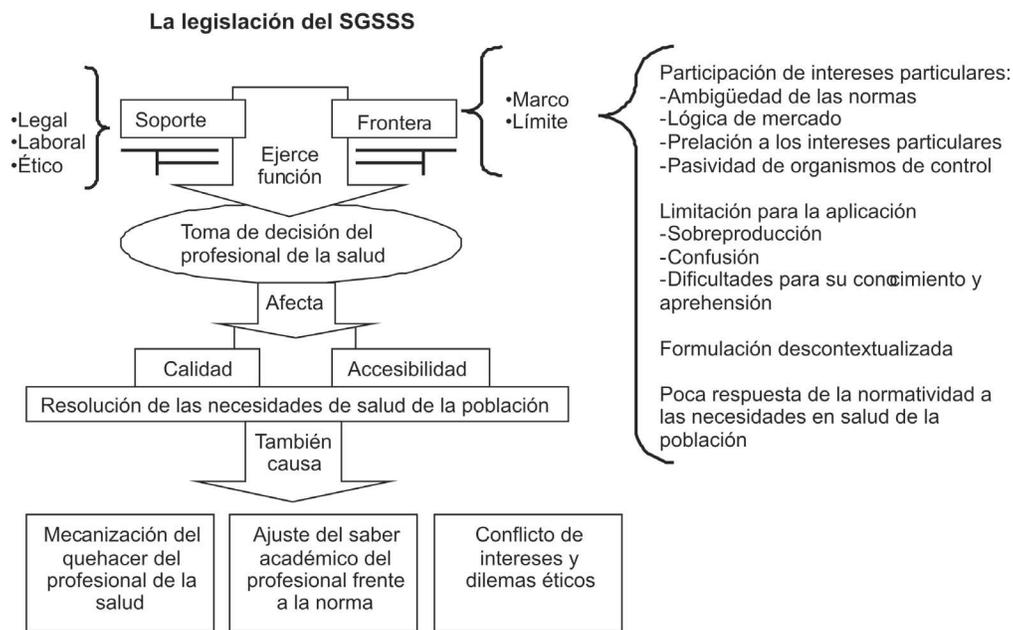


Figura 2. Función soporte-frontera que la legislación ejerce sobre la decisión del profesional de la salud

butivo se les permite contratar los servicios en diferentes sitios, obligando al afiliado a recorrer una serie de instituciones prestadoras de servicios de salud para completar su proceso de atención. Esta situación también deteriora la relación entre el paciente y el médico y entre el paciente y los servicios de salud, ya que el paciente se siente solo frente a un sistema de salud complejo y que en pocas ocasiones responde a sus necesidades de salud reales.

En segundo lugar, y de la mano con el punto anterior, los planes de beneficios (POS y POS-s) no solo fragmentan la atención en salud, sino que también fragmentan al ser humano y su proceso salud-enfermedad. Dentro de estos planes de beneficios, asunto especialmente crítico en el régimen subsidiado, no están incluidas todas las fases de los procesos mórbidos, ni tampoco se incluyen todas las opciones terapéuticas para algunas patologías, con lo cual se cubre la opción quirúrgica pero no la no intervencionista, o se incluye la hospitalización en unidades de cuidados intensivos (UCI), pero no las unidades de cuidados especiales (UCE), cuando el paciente se ha recuperado y no tiene criterios clínicos para continuar en cuidados intensivos. Aun más complicado es el asunto cuando la fragmentación de la atención se produce en el campo del cuerpo físico de las personas, como es el caso de que se excluyan ciertas patologías por encontrarse ubicadas topográficamente en alguna parte del cuerpo, mientras que se incluyen si se encuentran en otra localización de este.

Conclusión

Esta síntesis de las principales problemáticas frente a la legislación que reglamenta el sistema plantea un panorama en que la regulación en salud pierde legitimidad y aplicabilidad para los actores, con lo cual se allana el terreno para la ilegalidad y la búsqueda del beneficio particular sobre el colectivo, lo que finalmente se convierte en una barrera para la garantía del derecho constitucional a la salud y a la seguridad social de los colombianos.

Como respuesta a lo planteado, se requiere de la sociedad y el gobierno nacional un viraje a favor de la preservación de los valores constitucionales, reorientando las políticas públicas y la legislación en general en función del mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar, estableciendo mecanismos para la formulación de normas que expresen de manera clara las responsabilidades de los actores, evitando así las diferentes interpretaciones y dando cabida a la participación social y a los profesionales de la salud en su construcción.

Agradecimientos

Se agradece a las instituciones que apoyaron el desarrollo de este estudio: Universidad de Antioquia, Universi-

dad Industrial de Santander, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios Públicos de la Procuraduría General de la Nación y al apoyo de Colciencias; asimismo, se agradece a todos los profesionales de la salud (clínicos y administrativos) y representantes de organizaciones comunitarias por sus valiosos aportes de información en las entrevistas.

Equipo de investigación

El equipo de investigación estuvo constituido por las siguientes personas: Gloria Molina Marín (investigadora principal), Julián Vargas Jaramillo y Iván Felipe Muñoz, Juan José Acosta, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; Diego Sarasti y Yomaira Higueta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; Argiro Berrío, Francisco Arcieri, Blanca Nubia Carvajal, Andrés Ramírez y Gina Hinojosa de la Procuraduría General de la Nación, Regional Antioquia; Flor de María Cáceres Manrique de la Universidad Industrial de Santander; Jose Albeiro Pulgarín (asesoría constitucional), profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín; profesora Margarita Quiroz (asesoría en participación social); y Beatriz Elena Londoño, Natalia Velásquez, María Cristina Márquez, Alejandro Arango y Diana Patricia Muñoz (apoyo logístico).

Referencias

- 1 Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
- 2 Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
- 3 Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001, diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Congreso; 2001.
- 4 Colombia. Ministerio de Gobierno. Decreto 1259 de 1994, junio 20, por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá: El Ministerio; 1994.
- 5 Ruiz Gómez F. Mapa estratégico de intereses actores en los recursos humanos en Colombia. Bogotá: Proyecto Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de Salud en Colombia, Unión Temporal Pontificia Universidad Javeriana-Fedesarrollo-Family Health Foundation; 2001. (Documento Técnico ASS/817.01).
- 6 Escobar de la Serna L. Introducción a las ciencias jurídicas. Madrid: Editorial Dykinson; 1999.p. 53-76.
- 7 Schauer F. Las reglas en juego: Un examen filosófico de la toma de decisiones basada en reglas. Madrid: Editorial Marcial Pons; 2004.
- 8 Bolis M. Legislación y equidad en salud. Rev Panam Salud Pública 2002; 11(5/6): 444-448.
- 9 Yin RK. The Case Study Research. Designing and Methods. 2nd ed. Sage: London; 1994

- 10 Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage: Newbury Park; 1990.
- 11 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
- 12 Patiño JF, editor. *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia; 1999.
- 13 Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. *Primer Congreso Nacional por la Salud: conclusiones Generales*. Bogotá: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; 2001.
- 14 Gutiérrez LH, Gutiérrez JR. *El derecho a la Salud*. Medellín: Señal Editora; 2000. p.140-205.
- 15 Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82(10):724-732.
- 16 Segura A. Salud Pública, política y administración: ¿Rehenes o cómplices?. *Gac Sanit* 2002; 16(3):205-208.
- 17 De Brigard AM. Modulación y reglamentación del sgsss a cargo del juez constitucional. *Hospitalaria* 2007; 9(55):4-13.
- 18 Jaramillo I. *El futuro de la Salud en Colombia: Ley 100 de 1993, 5 años después*. 4ª ed. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona; 1999.
- 19 Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: Propuesta para discusión regional en las Américas*. Washington: OPS/OMS; 2006.
- 20 Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Políticas Públicas y Salud*. Legislación de Salud. [Internet] [Consultado 30 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/1legislaciondesalud.pdf>.
- 21 Colombia. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: 1991.
- 22 Arbeláez O. Caos por la proliferación de legislación en el sector salud: Agobios tras las sombras de la ley. *El Pulso* [Internet] mayo 2002 [acceso 1 de octubre de 2008]; 4(44). Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/Mayo02/general/general-06.htm>.
- 23 García M. Normas en interés propio (notas sobre dos proyectos morales: el Hobbesiano y el clásico). *Analogía filosófica* 2003; 17(1):159-184.
- 24 Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: El caso Colombiano desde la perspectiva de la Justicia Social. *Gerencia y Políticas de Salud* 2002; 1(2):49-65.
- 25 Castaño RA. *Medicina, Ética y reformas a la Salud: Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. 2ª ed. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2000.
- 26 DeMaria AN. Editor's Page: Your Soul for a Pen?. *Journal of the American Collage of Cardiology* 2007; 47(11):220-222.
- 27 Jones JW, McCullough LB, Richman BW. Consultation or corruption? The ethics of signing on to the medical-industrial complex. *Jpurnal of Vascular Surgery* 2006; 43(1):192-195
- 28 Relman AS, Angell M. America's other drug problema: How the drug industry distorts medicine and politics. *The New Republic* 2002, december 16: 27-41
- 29 Delgado Gallego ME, Vásquez Navarrete L. Barreras y oportunidades para la participación social en Colombia: Percepciones de los actores principales. *Rev. Salud Pública* 2006;8(2): 128-140.