



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Vélez Arango, Alba Lucía

Marco político y legal de la promoción de la salud

Colombia Médica, vol. 31, núm. 2, 2000, pp. 86-95

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28331206>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Marco político y legal de la promoción de la salud**Alba Lucía Vélez, MSP*****RESUMEN**

Se hace un recuento del proceso político y legal que ha tenido la promoción de la salud y su inclusión en el marco jurídico de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asimismo, se describen las diferentes concepciones de la promoción de la salud hasta su inclusión en la normatividad colombiana. Para el efecto se parte de un análisis hermenéutico de las principales normas que, según se expone en este trabajo, consagran la promoción de la salud en la legislación colombiana.

Palabras claves: Promoción de la salud. Normatividad constitucional, legal y reglamentaria. Proceso salud-enfermedad.

“Desde el paradigma antiguo hasta el paradigma moderno inclusive, la salud ha sido concebida en función del fenómeno opuesto: la enfermedad. Esto aparece como obvio porque la presencia del malestar que produce algunas modificaciones del proceso vital, permite hacer conciencia, desde el sentido común, del valor que tiene la vida sin sensaciones desagradables. Por tanto, esos procesos que el hombre ha llamado enfermedad, permiten pensar en la realidad de la salud como recuperación de la sensación de bienestar que existía antes que apareciera la molestia.”

Emilio Quevedo¹

Los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La multiplicidad de decretos, resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político sociales para el país como resultado del proceso.

En el campo político y en las preceptivas constitucionales y legales, es importante abordar la forma en que se ha insertado la promoción de la salud

así como su puesta en marcha, por lo que es propósito de este artículo analizar la normatividad relacionada con la promoción de la salud, partiendo de la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975 hasta la expedición de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para abordar un marco político y legal de la promoción de la salud en Colombia, se considera necesario hacer algunas reflexiones acerca de sus antecedentes y de su concepto. La promoción de la salud no es un concepto nuevo, no es al azar que con frecuencia se anota “la promoción de la salud una vieja idea, como una nueva alternativa”. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud (PS). Antecedentes, como la propuesta de Henry E. Sigerist (1945) que definió las 4 grandes tareas de la medicina como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación. En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que la salud influye poderosamente en el desarrollo

socioeconómico y en la paz y que la clave para alcanzar la salud para todos es el sistema que se basa en la atención primaria de salud. En 1981 en el marco de la 33^a Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la estrategia mundial de “Salud para todos en el año 2000”.

En 1986, en desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, se promulgó la Carta de Ottawa en la cual se caracterizó a la promoción de la salud como “*El proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*”. Enfatiza también la necesidad de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial.

Asimismo, en desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá en 1992², se consideró como un desafío de la salud en América Latina “*el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como e trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo*”.

Los anteriores pronunciamientos

* Profesora Titular, Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud y Secretaría Ejecutiva, Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud, Universidad de Caldas, Manizales.

hacen necesario abordar una definición de la promoción de la salud; a este respecto anotan Franco *et al.*³:

"Etimológicamente, promoción es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo... Promoción es acción. Y esto es fundamental: cuando se habla de promoción, se está en el territorio de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad. La promoción es un conjunto de acciones articuladas, orgánicas y orientadas a una finalidad específica".

Sin duda, el concepto de promoción de la salud parte de una visión holística del proceso salud-enfermedad, de una visión no fundamentada sólo en aspectos patológicos y morbosos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte de un ciclo vital humano. Durante mucho tiempo el modelo biologista influyó la prestación de servicios de salud; su peso para entender y atender a la persona en sus procesos de enfermedad marcó indudablemente el saber de los trabajos en la salud en todos los niveles de atención.

De la misma manera, la inversión en salud se dirigía hacia el tratamiento de la enfermedad. Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se pro-pugna por una concepción de salud, fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado. Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio.

MARCO JURÍDICO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Bajo este título se hará un recuento de la forma como la normatividad colombiana ha incluido los conceptos de promoción de la salud, partiendo del Sistema Nacional de Salud en 1975 y pasando por la Ley 10 de enero 10 de 1990, la Constitución Política de Colombia, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 con sus decretos reglamentarios.

Se puede afirmar que en los últimos años la legislación colombiana no ha sido ajena a los cambios de paradigmas en lo que hace referencia al concepto salud-enfermedad. Del análisis de las diferentes normatizaciones se aprecian modificaciones en el espíritu del legislador, concordantes con los cambios de la concepción de la salud.

Desde finales de la década de 1960, la salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto merecía que fuera objeto de una planeación rigurosa y su reflejo fue la orientación sanitaria del Estado en materia de inversión, visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del Estado. Esta orientación tuvo implicaciones profundas en la comprensión del proceso salud-enfermedad; imperaba una nueva concepción del proceso salud-enfermedad con su multicausalidad, su estrecha relación con los programas de salud y el desarrollo y considerarla como resultante de las condiciones de vida de la población.

También en la década de 1960 entraron a operar en Colombia los servicios seccionales de salud, base de una nueva estructura organizacional, y entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario (1969) y la concepción organizacional del sistema de regionalización de los servicios, con

cuatro niveles diferenciados de atención médica.

Sistema Nacional de Salud. En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud. Se definió como "*el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*" Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad. Aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo, el modelo biológico seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

Ley 10 de enero 10 de 1990. Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de "sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se le anotan:

- En su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio". La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

- El concepto de salud que propone la ley se dirige a enfatizar que la salud es un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, comportamiento y de los servicios institucionales y que, por tanto, se hace necesario actuar en forma conjugada sobre todos ellos, con el propósito de alcanzar un bienestar integral. Lo anterior se deduce de lo expresado en su Artículo 4º:

“Para los efectos de la presente Ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud”.
- Aumentó la financiación y descentralización del sector salud: los departamentos y municipios a partir de ella deben presidir la administración de los hospitales a su cargo.
- Incorporó los planes básicos de salud a los procesos de desarrollo municipal y departamental, estableciendo mecanismos de financiación con aportes provenientes del impuesto al valor agregado (IVA) y el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar.

Sin duda, el espíritu de la ley fue el de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia para las acciones de promoción de la salud, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad (Ar-

tículo 3º: Principios básicos: participación comunitaria) para que ellos modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud.

Bajo la influencia de esta Ley es preciso destacar el “Plan de atención primaria 1991-1994: Familia sana en ambiente sano” cuyo propósito fue⁵ “Contribuir a elevar la calidad de vida de los colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y en el saneamiento básico”.

Como estrategias y líneas de acción para el cumplimiento de este plan se consigna en su parte final la estrategia de las estrategias⁶: “Una cultura de la salud con participación y cogestión” en la que expresa:

“Las estrategias planteadas deben contribuir a desarrollar una cultura de la salud donde ésta, más que la enfermedad, constituya el fundamento esencial de la política. En tal sentido, si se estimula la preocupación de la sociedad por mantener las familias sanas, las ciudades sanas, el ambiente sano, se hará un aporte decisivo al desarrollo de una sociedad saludable. Además, deben contribuir a que la población conozca y haga valer sus derechos con respecto a servicios de calidad y oportunos. Pero también, a que asuma las responsabilidades individuales y comunitarias que le corresponden, para lograr una vida sana...” Para llevar a cabo el plan se contemplaban acciones de fomento y prevención como promoción y educación sanitaria, educación para el autocuidado de la salud, modificación de hábitos nocivos para la salud y fomento de los positivos.

La Ley 10 de 1990, abre la brecha de cambios que tuvo Colombia, con la

expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

Nueva Constitución Política de Colombia. Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, se expide la nueva Constitución Política, que en su preámbulo reza:

“El pueblo de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegados a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente Constitución Política de Colombia.”

Podría afirmarse que allí están señaladas las aspiraciones del pueblo colombiano en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado el de procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general.

Si se considera la definición de promoción de la salud, expresada en la Carta de Ottawa en 1986⁷ “como la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, la Constitución colombiana plasma una visión integral del hombre, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales debe tender todo ordenamiento jurídico, y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado, así:

◦ Protección al derecho a la vida;

artículos 2 y 11.

- La convivencia y la paz como principio y fin de todo el ordenamiento jurídico y de la acción del Estado: artículos 2 y 22.
- El trabajo como derecho fundamental: artículos 2 y 25.
- La justicia como substrato de todo el orden jurídico: artículos 4, 6 y 229.
- Principio de la igualdad reconocido tácitamente en el Artículo 13 y tácitamente en otras normas constitucionales: artículos 2, 5, 7, 17 y 43.

El objetivo de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, no puede hacerse efectivo en un Estado donde no esté asegurado el conjunto de derechos que hacen referencia a la dignidad del hombre como ser humano. Ha dicho la Corte Suprema de Justicia⁸: “*Si el preámbulo de la Constitución ‘es guía insustituible en la interpretación de las disposiciones que la integran y de los fines que ellas persiguen’, la referencia expresa que en él se hace a la vida y a los demás bienes eminentes allí mencionados no puede tenerse como un recurso de la retórica, sino como expresión de un propósito nacional: el de construir un orden jurídico inspirado en el respeto de todo aquello que responda cabalmente a las exigencias planteadas por la dignidad de la persona*”.

Un país que procure efectivamente por el alcance de los derechos mencionados, la paz, la educación, el trabajo, la vivienda para la población, tendrá, sin duda, unas mejores condiciones de salud. La salud así entendida se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y este es el fin último de la promoción de la salud.

En esta normatividad constitucional ocupan lugar preeminente la protección a la seguridad social en su Artículo 48 y el derecho a la salud y saneamiento

ambiental consagrado en el Artículo 49, ambos derechos elevados a la categoría de servicios públicos.

En relación con la seguridad social, se consagra taxativamente el mandato de no destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Es bueno anotar cómo en la nueva Constitución el derecho a la seguridad social no se ata a la existencia de un contrato laboral; la Constitución de 1991 superó ese concepto, con la denominación de seguridad social integral, creando determinados “estados jurídicos” por ejemplo, en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, Artículo 46; y para la población infantil, Artículo 44, de tal manera que el simple hecho de que una persona ostente ese *status* hace que se le reconozca un derecho a la seguridad social.

La nueva Constitución insinúa desde el preámbulo y en su Artículo 48 un gran cambio de contenido político en la concepción de la protección social como un derecho colectivo, en reemplazo de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y dadivoso presente en la Constitución de 1986. El fundamento de esta transformación, a juicio de la Corte Constitucional, radica⁹ “en el cambio de los deberes sociales del Estado frente a los miembros pobres de la comunidad, en el carácter social del Estado, lo cual se traduce en la prestación continua y eficiente de los servicios públicos, la prioridad del gasto social y la intervención oportuna de las autoridades para impedir la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales constitucionales”.

En el Artículo 49, en forma taxativa se anota: “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...” Y en el inciso final preceptúa: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de

su salud y la de su comunidad.”

Se propende por una visión integral del hombre, al consagrar las preceptivas constitucionales citadas. En primer caso con respecto a la seguridad social garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ésta, y como parte de este derecho están sin duda las prestaciones de carácter asistencial, entendidas también desde el punto de vista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Es de destacar asimismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; sin duda, estas premisas fundamentan la esencia de la promoción de la salud como responsabilidad primigenia del individuo.

Según la normatividad del Artículo 49, es el legislador la autoridad competente para delimitar la extensión del derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud consagrados en este artículo, así como para establecer la extensión de la correlativa obligación del Estado de prestarlos. Esta normatividad se debe analizar en concordancia con el Artículo 356 relacionado con la distribución de recursos y de competencias, que preceptúa: “*Salvo lo dispuesto por la Constitución, la Ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales, determinará asimismo el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los*

niños".

Por otro lado, cabe mencionar una serie de preceptivas que dan cuenta de la responsabilidad del Estado en materia de prestación de servicios, en las cuales se incluye necesariamente el de los servicios de salud, cuyo parámetro de cumplimiento es definido en los artículos 48 y 49, que hacen referencia a principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, así como integralidad. Entre éstas se destacan:

- **Artículo 78.** Control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad.
 - **Artículo 79.** Derecho a gozar de un ambiente sano.
 - **Artículo 318.** Con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía, los concejos podrán dividir sus municipios en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las zonas rurales. En cada una de las comunas o corregimientos habrá una Junta Administradora Local (JAL) de elección popular, integrada por el número de miembros que determine la ley, que tendrá las siguientes funciones:
 - a. Participar en la elaboración de los planes y programas municipales de desarrollo económico y social y de obras públicas.
 - b. Formular propuestas de inversión ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión
 - **Artículo 334.** Intervención del Estado para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos.
- Conforme a este artículo, conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país constituye uno de los fines de la intervención del Estado en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución y utilización de los bienes, en el consumo de éstos y en los servicios públicos, e igualmente el Artículo 366 insiste en el tema al señalar que el mejoramiento de la calidad de vida de la población es una de las finalidades sociales del Estado. Este artículo se debe analizar en concordancia con el Artículo 11 citado atrás, en el que se reconoce "*el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia*". A este respecto expresa Madrid¹⁰: esta preceptiva "*impone a los estados partes el deber de tomar las medidas apropiadas para asegurar la efectividad de ese derecho, que constituye un desarrollo necesario del reconocimiento de la dignidad humana. Si toda persona es, por su jerarquía ontológica y por su subjetividad jurídica, un ser que en razón de su dignidad está llamado a ser cada vez más perfecto -en el sentido aristotélico de perfección- entre las cosas justas a ella debidas han de estar, y entre las primeras, todas las necesarias para obtener su realización perfecta.*"
- **Artículo 339.** Habrá un plan de desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica social y ambiental que serán adoptadas por el Gobierno. Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el Gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la Ley (la ley orgánica de los planes de desarrollo fue expedida en julio de 1994 por Ley N° 152¹¹).
 - **Artículo 350.** Mandato de apropiación presupuestal destinado al gasto público social, en el que se debe tener en cuenta el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población, y la eficiencia fiscal y administrativa, según reglamentación que hará la ley; este presupuesto no se puede disminuir en relación con el año anterior.
 - **Artículo 356.** De la distribución de recursos y de competencias. En su inciso segundo reza: "Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños".
 - **Artículo 357.** Preceptúa sobre la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, y el Gobierno deberá determinar el porcentaje mínimo de esa participación así como la definición de las áreas prioritarias de inversión social que financiará con dichos recursos.
 - **Artículo 365.** Los servicios públicos son inherentes a la finalidad

social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Con base en el articulado anterior, se podrían resumir en los siguientes, los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de promoción de la salud:

1. Ampliación de las razones de la intervención estatal, ya no sólo con fundamento en el interés social, sino también en la provisión a la protección del ambiente y del patrimonio cultural de la nación, hecho que abre la puerta de un nuevo modelo de desarrollo económico a instancias de la constante preocupación constitucional por la conservación del ambiente, incorporando la noción ecológica al proceso económico, dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.

2. Como finalidad de la intervención de la Calle¹³ expresa: “*Se busca la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo; el pleno empleo de los recursos humanos; el acceso efectivo de todos, en especial de aquellos de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos*”.

3. Consigna como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e integralidad. Facilita su prestación por el Estado o por el sector privado, manteniendo el primero las funciones de regulación, control y vigilancia (Artículo 365).

4. Favorece la descentralización ya consignada en la Ley 10 de 1990, pues permite que mediante reglamentación legal se definan las competencias de cada nivel de gobierno en la financia-

ción administración y prestación de los servicios públicos, facilitando así que las asambleas, en concertación con los municipios, regulen los servicios de educación, salud y deporte.

5. Por otra parte, con el fin de garantizar que la población de menores ingresos tenga acceso a niveles mínimos adecuados de los servicios públicos básicos, el Estado, en cualquier nivel de la administración, tiene la posibilidad de apoyarlos mediante el otorgamiento de subsidios preceptuados por la constitución para las áreas de acceso a la salud y a la educación, donde el Estado garantizará un nivel mínimo de servicios básicos a la población, y atención en salud gratuita a los menores de un año que no tengan el servicio (artículos 49 y 67). Es este el fundamento del régimen subsidiado.

6. En el proceso de financiación, se enfatiza en el gasto social; éste hace parte del presupuesto y tiene prioridad sobre los demás gastos. Se establecen parámetros para su regionalización de acuerdo con el número de personas con necesidades básicas insatisfechas y la eficiencia fiscal y administrativa de las entidades. En este tema merece destacar el aporte que reciben los municipios de los ingresos corrientes de la nación, mediante una participación que viene en aumento a partir de 14% en 1993 hasta 22% en el 2002, con su distribución de la siguiente manera:

- 60% en proporción al número de habitantes en situación de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas.
- 40% en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida.

7. La estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en

el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones.

Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación, bajo criterios establecidos previamente.

Al analizar la definición de promoción de la salud, consignada en el Decreto N° 1891 de 1994¹⁴ por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2-4, 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que la define en su Artículo 2 como “*Integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y de las colectividades*”; se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia.

Si se sigue este planteamiento se puede afirmar que en la concepción constitucional y legal actual de la promoción de la salud en el país, se favo-

recentes, procesos como:

1. La inserción en la agenda gubernativa de la formulación y ejecución de **políticas saludables** que favorezcan los comportamientos de salud frente a los individuos. Este no es sólo responsabilidad estatal; pueden aportar mucho en este sentido actores como los entes departamentales, municipales, las universidades, los medios de comunicación y la colectividad.

2. **Búsqueda de equidad en la salud.** Los planes de desarrollo y la cooperación intersectorial son herramientas útiles en este proceso.

3. **Convivencia, solidaridad y democracia.** La promoción de actitudes solidarias, respeto por la convivencia en medio de la diversidad cultural, y la práctica de la democracia, son requisito para el acceso a unas mejores condiciones de vida.

4. **Descentralización.** Es este uno de los retos más grandes del nuevo Estado colombiano. Sin duda, el municipio pasa a ser el gestor de todas las acciones, es el administrador y el gerente: diseña, ejecuta y evalúa la puesta en marcha de los diferentes proyectos; es a nivel municipal donde mejor conocimiento se tiene de las realidades de su entorno.

LA LEY 100 DE 1993 Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Sin duda, puede considerarse como el desarrollo legislativo de mayor trascendencia en los últimos tiempos en Colombia; cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios de la competencia regulada. En su preámbulo se consigna su espíritu¹⁵. “La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y

procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

La normatividad expresada en la ley se debe interpretar de acuerdo con los principios que la orientan: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2) y equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, calidad (Artículo 153). El principio de protección integral, por ejemplo, se debe entender en el sentido de brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

La Ley crea una serie de planes de beneficios: Plan de Atención Básica, PAB (Artículo 165) de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, pero que tienen altas externalidades, y el POS (Artículo 162), este último tanto para el régimen contributivo (Artículo 202) como para el subsidiado (Artículo 211), mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, cuyo objetivo es el de la “protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, se-

gún la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definen¹⁶.

Asimismo, la Ley 100 de 1993 crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (Artículo 218), como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se debe manejar por encargo fiduciario y en el Artículo 219 legisla sobre las subcuentas que lo integran, entre las que se incluye en el literal c) la de promoción de la salud.

ASPECTOS REGLAMENTARIOS DE LA LEY 100 DE 1993 Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Si se analizan las distintas reglamentaciones de la nueva ley de seguridad social en salud se puede concluir que se han desarrollado una serie de preceptivas que enfatizan en la promoción de la salud entre las que se destacan:

1. **Decreto 1891 de 1994.** Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993. Se destacan en esta norma: 1) El concepto de fomento y prevención expresado “conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas”. 2) Las fuentes de financiación con destino específico para promocionar la salud. 3) Gestión de los recursos de promoción de la salud; en este sentido legisla¹⁷: “Artículo 7. Los departamentos, distritos y municipios asignarán un funcionario con dedicación exclusiva para coordinar los programas de promoción de la salud en su área de competencia. Quienes desempeñen esta función coordinarán la capacitación, seguimiento, asesoría, control y evaluación del programa de promoción de la salud de la respectiva entidad territorial”.

2. Ministerio de Salud, Resolución

Nº 5165 de 1994. Por cuyo medio se expedían los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos. Se destaca el concepto de integralidad prescrita en el Artículo 4º, que reza: “La integralidad tiene como objetivo dar respuesta consecuente a las necesidades de salud de la población de una jurisdicción. Se fundamenta en la relación de cuatro aspectos básicos: a) el modelo integral de salud sobre el que se basa la operación de los planes, y donde se concibe la salud como resultado de un proceso de factores múltiples determinado por la interacción del medio físico, el medio biológico, el comportamiento individual y colectivo y la oferta de servicios de salud; b) el desarrollo de acciones que comprendan el fomento de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad en sus dos esferas centrales: tratamiento y rehabilitación”.

3. Ministerio de Salud, Resolución

Nº 04288 de 1996. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En su Artículo 5º describe los componentes del PAB e incluye: a) Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades. Asimismo con respecto a la financiación, dispone en el Artículo 15, literal b) Garantizar la distribución del situado fiscal que se destina a promover la salud y prevenir la enfermedad en los municipios no descentralizados de su jurisdicción de acuerdo con los criterios establecidos en la presente resolución.”

4. Ministerio de Salud, Resolución

Nº 03997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es “Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de **obligatorio cumplimiento**¹⁸ por parte de las EPS. En el Artículo 6º relaciona una serie de programas que se deben cumplir como parte de las acciones contenidas en el POS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Se destacan entre otros los programas de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años; programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en niños menores de doce años; programas de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años; programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); programas de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual; programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia. Es de anotar que en cada uno de estos programas se relacionan actividades de promoción de la salud como información, educación, consejería, oferta de servicios, hábitos saludables de comportamiento, etc.

5. Decreto 1283 de 1996. En su Artículo 26º establece que la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

Adicionalmente el CNSSS, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

6. CNSSS Acuerdo 120 de 1999 que reglamenta el presupuesto del Fosgya para el año 1999, y en este aspecto cabe destacar que en lo referente a la subcuenta de promoción de salud, incluye como ingresos: 1) Superávit del 0.5 del régimen contributivo; 2) El impuesto social a las municiones y explosivos y rendimientos financieros y los gastos deben referirse a programas de promoción y prevención: prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica¹⁹.

7. CNSSS Acuerdo 117 de 1998 en el que se reglamenta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. En su Artículo 2º define como demanda inducida a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control, y como protección específica a la aplicación de acciones y/o tecnología que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo. Incluye este decreto un aspecto de trascendencia y es el denominado de “Acreditación”²⁰ entendido como el procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud. De imponerse este criterio, se sentaría un precedente en la calidad de los servicios de salud y su estrecha relación

con el principio de la libre escogencia, pues no queda duda que en un proceso de acreditación tiene gran peso el conjunto de intervenciones que sobre promoción y prevención de la salud realicen las EPS/ARS, y que desde luego hagan parte del POS.

En este orden de ideas, es indudable que el nuevo sistema General de Seguridad Social en Salud, consagra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como aspectos trascendentales dentro del principio de integralidad. A través de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las EPS/ARS pueden hacer efectivamente que sus afiliados demanden menor número de intervenciones en el campo curativo y de rehabilitación, sin discusión las acciones de mayor costo. A este respecto anota Jaramillo²¹: “Para contrarrestar los efectos negativos en la atención de la enfermedad, la promoción de la salud... la Ley 100 intenta un cambio brusco de paradigma: cambiar el negocio de la enfermedad por el negocio de la salud... Si la EPS quiere maximizar sus utilidades debe desarrollar una estrategia de protección de la salud, de tal manera que los usuarios demanden el mínimo de los servicios de atención a la enfermedad”.

Entonces se dan las condiciones políticas y legales para avanzar hacia un nuevo modelo sanitario, un modelo donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, es pasar de una concepción que se centra en la enfermedad a una concepción de vida, a una comprensión de la salud en sus múltiples dimensiones: social, biológica, antropológica, económica, jurídica. Metas como el alcance de mejores condiciones de vida para la población, la preservación de los derechos fundamentales que aseguren al hombre un paso por la vida en condiciones de dignidad, el acceso universal a los ser-

vicios de salud y a la seguridad social, entre otros, deberán ser los propósitos del Estado y de todas sus instituciones.

Se finaliza con un párrafo consignado por Franco²²: “Por descontado que el avance hacia una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y múltiples prácticas. No podrá mantenerse entonces el voto autoritario y descalificador a la bioenergética y a la acupuntura, a la utilización de la música y el color. Ni tendrá validez el saber sólo por su textura lógica. En el nuevo modelo la rigurosidad lógica es importante pero insuficiente, pues cuenta también la capacidad transformadora del saber socialmente construido. Tendrá que ser cada vez más un saber cargado de poder transformador mediante su conversión en conciencias colectivas. El saber con poder y conciencia colectiva nos pone en el territorio de la política. Hay que vencer el temor a aceptarlo y practicarlo: la cuestión de la vida y de la salud en la sociedad es una cuestión política.”

SUMMARY

A summary of the politic and legal process that has taken the health promotion and its inclusion in the juridic context of the reform to social security general sistem in health (SGSSS). Likewise, the different criteria of health promotion are described until their adoption in the Colombian normativity. For this purpose, an hermeneutical analysis of the main regulations that in the author's judge consecrates the health promotion in the Colombian legislation.

REFERENCIAS

1. Quevedo E. *Proceso salud-enfermedad*. Ponencia. Seminario permanente salud y administración. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. Junio 19 de 1990. P. 54.
2. Ministerio de Salud. *Promoción de la salud y la equidad*. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS, 1992. P. 3.
3. Franco S, Ochoa D, Hernández M. *La promoción de la salud y la seguridad social*. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá; Instituto de Seguros Sociales. Corporación Salud y Desarrollo. Julio 7 de 1995. P. 6
4. Congreso de Colombia. *Ley 10 de 1990*. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, 1990. P. 18.
5. Ministerio de Salud. Plan de atención primaria 1991-1994. *Familia sana en ambiente sano*. Bogotá. Enero 14 de 1991. P. 4.
6. OMS. *Salud y bienestar social*. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986.
7. Corte Suprema de Justicia. Sala Plena. *Sentencia de 19*. Mayo de 1988.
8. Cifuentes E. Corte Constitucional. *Sentencia T-533*. Septiembre 23 de 1992.
9. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá; Legis Editores, S.A., 1991.
10. Madrid M. *Derechos fundamentales*. Escuela Superior de Administración Pública. Universidad del Estado. Departamento Administrativo del Servicio Civil. Instituto de Derechos Humanos “Guillermo Cano”. Santafé de Bogotá. 1992. Pp. 5-365.
11. *Legislación económica N° 1045*. Abril 30 de 1996. P. 1089.
12. De La Calle H. *Aspectos económicos en la nueva Constitución Política. Temas fundamentales*. 2^a ed. Bogotá; Fundación Publicaciones Consigna. Octubre 1993. P. 168.
13. Ministerio de Salud. *Decreto N° 1891*. Santafé de Bogotá; agosto 3 de 1994. Pp. 1-3.
14. *Régimen de Seguridad Social*. Colección Códigos Básicos. Bogotá; Legis Editores S.A., 1997. Pp. 3-377.
15. Valencia FA, Maya NR. *Ley 100. Guía metodológica de consulta*. 3^a ed. Bogotá; Coedesca, 1997.
16. Consejo Nacional de Seguridad Social. *Acuerdo 120 de 1999. Régimen de Seguridad Social*. Bogotá; Legis Editores S.A., 1999.
17. Consejo Nacional de Seguridad Social. *Acuerdo 117 de 1998. Régimen de Seguridad Social*. Bogotá; Legis Editores S.A., 2000.
18. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: cinco años*.

- 4^a ed. Bogotá; Fescol, FES, ERB, Fundación Corona, 1998. Pp. 247-48.
19. Franco AS. *La salud al final del milenio.*

Asociación Latinoamericana de Medicina Social. VI Congreso Latinoamericano y VIII Mundial de Medicina Social. Con-

ferencia Juan César García. Guadalajara. Marzo 20-23, 1994. P. 19.