

Análisis comparativo de las reformas del sector salud en Colombia y Venezuela

Luis Felipe González Castro, MD*

Ivonne Andrea Moreno Martínez, MD**

Nancy Castro Monsalve, Abogada***

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados. La salud es considerada un derecho de las personas y el Estado debe garantizar su prestación. A través del tiempo y paralelo a sus históricos momentos políticos, los Estados colombiano y venezolano han adoptado distintos modelos de salud pública que pretenden mejorar básicamente el acceso y la calidad de este derecho. Durante este recorrido se logran evidenciar varios alcances pero es claro que para ambos no se cumplen los objetivos trazados, lo que motiva a una revisión, ajuste o reforma. Esta parece ser otra semejanza compartida entre estos "hermanos". Conocer bajo que reformas se ha desarrollado la salud de estos países nos permite entender mejor nuestro momento actual. [González LF, Moreno IA, Castro N. Análisis comparativo de las reformas del sector salud en Colombia y Venezuela. MedUNAB 2009; 12: 102-108].

Palabras clave: Análisis comparativo, Reforma, Salud, Colombia, Venezuela, Estado.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y que depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados.¹ Colombia y Venezuela son dos países vecinos; no solo comparten una amplia frontera, culturas semejantes, un mismo libertador, etcétera, sino también modelos socio-políticos por momentos parecidos y con resultados

Summary

According to the World Health Organization, Health is a physical, mental and social well-being state and not only the absence of diseases. Health is also a fundamental condition to reach peace and security; it depends on people and the state, it's a people Right and the State must guarantee it. Through time and parallel at their historical political moments, countries as Colombia and Venezuela have adopted different models from public health that they try to improve basically the access and the quality of this service. During this route they are managed to demonstrate several reaches but it is clear that for both the objectives are not fulfilled, which it motivates to a revision, it fits or it reforms. This seems to be another similarity shared between these "brothers". To know under which reforms have been developed Health of these countries, allows us to understand our present moment. [González LF, Moreno IA, Castro N. Comparative analysis among Colombian and Venezuelan Health Sector reforms. MedUNAB 2009; 12: 102-108].

Key words: Comparative analysis, Reform, Health, Colombia, Venezuela, State.

similares que han impactado en su desarrollo como naciones. Motivados por el poco desarrollo del tema en la literatura mundial, por la escasa figuración de temas como la salud entre estos dos países y buscando respuestas para entender mejor bajo qué argumentos ha evolucionado la salud de Colombia y su homólogo Venezuela, esta revisión tiene como objetivo comparar de forma sencilla los principales hechos políticos, el marco jurídico y las políticas de Estado de las diferentes reformas en el sector salud de estos "hermanos" en los últimos años.

* Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

** Cooperativa Médica del Valle, Seccional Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

*** Defensoría del Pueblo, Bucaramanga, Colombia.

Materiales y métodos

La metodología usada para el desarrollo de este artículo fue seleccionar una cantidad considerable de documentos que se separaron de acuerdo al objetivo de la revisión. Se hizo una búsqueda documental de 1991 a 2008 (según las referencias), se incluyeron solo las referencias que estuvieran relacionadas y enfocadas de manera específica con el tema. Se contemplaron varias etapas para su desarrollo: búsqueda, preselección, selección, interpretación y análisis.

La búsqueda de la literatura se realizó considerando palabras clave como: “Historia de la salud en Colombia”, “Historia de la salud en Venezuela”, “reforma de la salud en Colombia”, “reforma de la salud en Venezuela”, “análisis de las reformas”, “Constitución política de Colombia”, “Ley 100 de diciembre 23 de 1993”, “Ley Orgánica de Salud de noviembre 11 de 1998”, “Estado”, “Salud”, y “Derecho”. Como criterios de búsqueda se tuvo en cuenta literatura mundial consignada en textos y bases de datos. Los idiomas se limitaron al español e inglés. Dentro de las bases de datos consultadas están: Medline plus, Cochrane library plus en español, Bireme, SciELO, Proquest, Hinari y Science Direct. Realizada la preselección, se obtuvieron 62 referencias. En la selección se tuvieron en cuenta 20 referencias en español que se ajustaban fielmente al desarrollo de la publicación. Para la interpretación y análisis se realizó una discusión académica de los autores para lograr un consenso.

Colombia

La Constitución de 1886 definía el Estado Colombiano como “Estado de Derecho” pero la Constitución Política de 1991 introduce una palabra a la descripción inicial: “Estado Social de Derecho”.² La inclusión de la palabra “social” tiene profundas implicaciones en la manera de concebir el Estado y sus responsabilidades para con los habitantes del territorio nacional, pues los servicios de salud, que antes se prestaban a los colombianos bajo un esquema de beneficencia pública, se convierten ahora en un derecho de las personas.³ Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el Estado, quien ahora deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del diseño de un Sistema de Salud que organizara las instituciones, sean públicas o privadas, los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento, a saber: Sistema de Seguridad Social en Salud.⁴

Desde el Ministerio de Salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (Hospitales Universitarios) y los de segundo nivel de atención (Hospitales

Regionales), los que a su vez controlaban los de Hospitales Locales, Centros de Salud y Puestos de Salud. Se trataba principalmente de un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tal multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte.³

Para enero 10 de 1990, el Congreso de la República expide la Ley 10 que organiza la prestación del servicio de salud en tres niveles de atención. Los municipios podrían acceder a los recursos del situado fiscal de salud para las atenciones de menor complejidad, siempre y cuando demostraran capacidad de gestión para asumir la competencia. La Ley 100 de diciembre 23 de 1993 aparece como una respuesta a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, los cuales obligaban a una reforma con distintas características:³

- La atención en salud y el saneamiento ambiental concebidos como servicios públicos.^{4,5}
- La Seguridad Social como servicio público y como mecanismo para garantizar el acceso al servicio de salud.
- La Seguridad Social como derecho irrenunciable.
- La eficiencia; para garantizarla, el Estado deberá afinar las herramientas de focalización de recursos y los instrumentos de asignación de subsidios hacia la población más desprotegida y con mayor carga de enfermedad; además, deberá velar porque las atenciones incluidas en el plan de beneficios sean las de mayor impacto epidemiológico.^{3,4,7}
- La universalidad; principio íntimamente ligado a otros de mayor jerarquía: La libertad y la igualdad.⁶ Esta supone la garantía de acceso a un paquete básico de atención en salud a la totalidad de los habitantes del territorio nacional.³
- La solidaridad; principio que logra dentro de un marco de justicia distributiva, que la población con capacidad de pago comparta con la que no posee capacidad de pago. Pero no sólo se evidencia en sentido financiero, pues la esencia misma del aseguramiento se manifiesta en la solidaridad entre sanos y enfermos como principios rectores del sistema.³
- La participación de los particulares en la gestión de los servicios.
- La ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social, con la garantía a todas las personas del acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.³

Es así como la Ley 100 de 1993 crea el régimen contributivo para garantizar el aseguramiento de la población con

capacidad de pago, un régimen subsidiado para los pobres y un régimen de transición para los pobres que no accedan al subsidio de salud en el interin. Además, se diseñó un plan de beneficios básico (Plan de Atención Básica - PAB) que cubre a todos los habitantes del territorio nacional de manera gratuita, y abarca acciones de saneamiento ambiental, de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y control de riesgos epidemiológicos, de vigilancia epidemiológica y atención de enfermedades de interés en salud pública. Para la población con capacidad de pago, afiliada al Régimen Contributivo de Salud, existen los llamados Planes Adicionales de Salud (PAS),⁸ a los que se les aplica preexistencias, no tienen cobertura familiar y no tienen predefinidos un contenido de atenciones en salud, pues para cada uno se requiere una autorización expresa de la Superintendencia Nacional de Salud. Por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud definido por la Ley 100 de 1993, prevalecen algunos regímenes exceptuados o especiales, como son los de Ecopetrol, el Magisterio o las Fuerzas Armadas, entre otros.³ Desde 1993 ha madurado el sistema y ha dejado evidenciar aquellas instituciones en las que se requieren ajustes.

En enero 9 de 2007 surge la Ley 1122 la cual realizó algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁹ Se puede afirmar que desde entonces han existido reformas profundas en el modelo de salud colombiano, mejorando la cobertura de aseguramiento en salud, los recursos disponibles para el sector y el acceso a los servicios en comparación con lo que se evidenciaba en el decenio de los ochenta. Sin embargo, son múltiples los problemas detectados en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud que motivan su reforma. Para citar algunos tenemos: La no selección de beneficiarios por núcleos familiares completos; muchos municipios no han implementado el Sistema de Beneficiarios Sisben y los que lo han implementado tienen grandes deficiencias en la actualización y politización del instrumento; afiliación de personas no prioritarias, múltiples afiliaciones, tardanza entre afiliación y carnetización, y entre carnetización y atención al usuario; deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio; cobros indebidos al usuario; compromisos políticos a cambio de la afiliación al sistema; debilidad del sistema de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud la Vigilancia, la cual ejerce en concurrencia con el Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud; falta de universalidad y de eficiencia;³ la evasión, entendida como la no afiliación al régimen contributivo de una parte importante de la población que debería estarlo (se estima que existen 3,5 millones de personas con capacidad de pago que aún están por fuera del Régimen Contributivo de Salud); y la elusión, entendida como el pago de una contribución inferior a la correspondiente al nivel de ingresos.¹⁹ Adicional a lo anterior, se suman problemas de flujo de recursos, de información, de provisión de servicios por la crisis de los hospitales públicos de nivel 2 y 3; la proliferación de IPS privadas de nivel 1; la oferta de servicios desequilibrada en muchas ciudades; y finalmente,

la falta de atención de los pobres no asegurados. Según investigación realizada por el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de la Protección Social, la cuantificación de los problemas en todos los ámbitos mostró que el 54% de ellos están relacionados con el acceso a los servicios.³

Venezuela

Se puede decir que desde los orígenes de Venezuela como país hasta 1936, la salud no estaba vinculada al concepto de Estado; más bien se asociaba a la cultura popular, la medicina tradicional y a lo que pudo haber sido el espontáneo desarrollo de los diferentes conceptos que los sectores populares tenían en cuanto al problema de la salud y la enfermedad.¹⁰

Entre 1936 y 1961 nace y se desarrolla la historia del sistema de salud en Venezuela, hasta el momento sin leyes. En 1936 nace el Ministerio de Salud y Asistencia Social como una necesidad económica para darle respuesta al recién iniciado proceso de desarrollo de la industria petrolera que imponía la erradicación de un conjunto de flagelos que azotaban la salud de los venezolanos para poder recibir a las compañías extranjeras. Fue una época en la que se libraron grandes batallas contra problemas epidémicos y endémicos de gran magnitud, se construyeron infraestructuras hospitalarias en toda la geografía nacional y se desarrolló un sentido de pertenencia entre los trabajadores del equipo de salud. A pesar de que el Ministerio dio respuesta a un nuevo sistema económico impuesto, que implicó una fuerte dependencia tecnológica y programática, en términos de política en salud, no es menos cierto que sentó las bases de lo que se tiene.^{10,16}

En 1961 termina la época de oro de la salud en Venezuela y comienza un período marcado por el Pacto de Punto Fijo. Este pacto de gobernabilidad entre los partidos políticos Acción Democrática, Comité de Organización Política Electoral Independiente (Copei) y la Unión Republicana Democrática hizo que el componente político partidista fuese imponiéndose progresivamente dentro de las instituciones, desarrollándose una conducta clientelar que fue determinando la composición y las decisiones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Es una época en la que se impone un modelo individual curativo, se comienzan a deteriorar los programas preventivos y a construirse criterios de administración sin previsión económica, aumenta la dependencia tecnológica y comienzan a multiplicarse los entes públicos dispensadores de salud, al margen del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Esto, asociado a unos gremios y sindicatos que anteponen la defensa de los intereses de sus agremiados al problema de salud de una población; a unas universidades que forman médicos exclusivamente para el ejercicio privado de la profesión; a un desequilibrio progresivo entre el alcance de las políticas públicas de salud y la

construcción de un modelo privado de salud que en este momento tenía más capacidad resolutoria que el aparato de Estado y el aumento de la burocracia en el Ministerio, determina la muerte del servicio público de salud en este país y el debilitamiento del aparato del Estado.¹⁰

Los graves desequilibrios macroeconómicos, el agotamiento del proceso de sustitución de importaciones, el deterioro de los precios del petróleo y, en términos más generales, el agotamiento del modelo de crecimiento basado en la renta petrolera, hacían impostergable un cambio de rumbo. En este sentido, en la alocución presidencial del 16 de febrero de 1989, el recién electo mandatario Carlos Andrés Pérez, anunció la implantación de un drástico programa de ajustes económicos, con lo cual se estaba dando inicio al llamado “Gran Viraje”. Es quizás este el primer momento del llamado modelo neoliberal venezolano que históricamente va hasta 1993. Durante el periodo 1993 a 1998 (segundo momento del modelo neoliberal), el gobierno de Rafael Caldera estableció sus cursos de acción gubernamental dentro de las recetas antes mencionadas, aunque dando un mayor énfasis al aspecto social, habida cuenta de las terribles consecuencias que se generaron en el periodo de gobierno anterior; de esta forma es diseñado el denominado IX Plan de la Nación como instrumento rector del proceso de desarrollo del país.¹¹ Con el neoliberalismo se impone con fuerza la privatización del sistema de salud, desmantelando el método empírico ya existente sin importar que la salud de la inmensa mayoría de venezolanos que en los últimos 40 años ya habían sido empujados a un sistema carente y a un sistema rentista petrolero, ahora se concentrarían en las grandes ciudades, produciéndose brechas inmensas entre distintos sectores de la población que marcan todo el ciclo de vida, desde antes de nacer hasta después de la muerte. Además, el neoliberalismo construye todo un sistema ideológico basado en el individualismo, el inmediatismo y en consecuencia en la noción de que las luchas colectivas carecen de sentido.¹⁰

La Ley Orgánica de Salud de noviembre 11 de 1998 firmada en el gobierno de Rafael Caldera rige hasta el momento todo lo relacionado con la salud en el territorio venezolano establece las directrices y bases de salud como proceso integral, determina la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regula igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.^{12, 20} Sin embargo, el crecimiento que para la década de los años 90 presentaba un panorama optimista se estancó en 1997, etapa caracterizada por la falta de equidad ya que se tornó la situación social más complicada que la de años

anteriores, donde se creó un clima de exclusión social, reflejada en la alta concentración de ingresos y riquezas así como los elevados niveles de pobreza e indigencia, el aumento del desempleo y la precariedad en el acceso de los servicios sociales.¹³

Los principios que rigen la Ley Orgánica de Salud son:¹⁴

- Universalidad: todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- Participación: los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.
- Complementariedad: los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.
- Coordinación: las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.
- Calidad: en los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Después de que Hugo Chávez Frías asumió el poder el 2 de febrero de 1999 decretó la activación del "Poder Constituyente". Se realizaron dos referendos constituyentes el 25 de abril y el 15 de diciembre del mismo año con el que se buscó modificar la Constitución de 1961, siendo aprobados por votación popular.^{15, 16} La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela hace énfasis en que el problema de la salud es preservarla y construirla, entendiéndola de manera integral, trascendiendo de esta forma el reduccionismo que relaciona la salud exclusivamente con la asistencia médica. Esta nueva concepción de la salud hace énfasis en el papel que el médico y los equipos de salud deben jugar con relación al componente preventivo, ambiental y de agente transformador de la realidad socioeconómica del individuo y su comunidad.¹⁰ Sin embargo, garantizar la prestación de los servicios de la salud en Venezuela ha sido un proceso difícil, el equipo de salud, los médicos y profesionales del área, vienen de unas universidades preparadas y diseñadas para entender la salud a partir de los conceptos que impusieron unas clases que dominaron y siguen dominando de alguna manera para sus propios intereses.¹⁶

“...en Venezuela hay un médico por cada 500 habitantes...”, parámetros acordes a las pautas establecidas por la OMS

que permitieron acudir durante años a escenarios internacionales sin especificar, que esos médicos viven y prestan servicio a pequeños sectores privilegiados, quedando excluida más de un 60% de esa sociedad.¹⁰ Los hechos políticos, sociales y administrativos que ocurrían en Venezuela de una u otra forma afectaron al área de la salud vista desde la perspectiva como un derecho de los seres humanos, siendo definida en este sentido a pesar del proceso de la industrialización, ya que la medicina comienza a incorporarse en el proceso preventivo, que se constituye en un tema central por los efectos sociales y ambientales de esta etapa tienen sobre la salud y el bienestar al deteriorarla, y en general a las condiciones de vidas asociadas a la idea de justicia social. Por ello la salud se vincula al concepto de bienestar que recoge la dimensión individual y colectiva de este derecho y va más allá de la definición negativa que salud es ausencia de enfermedad, la cual considera a la salud como un parámetro de medición del desarrollo humano, ya que el logro óptimo del bienestar de las personas permite la expresión de sus capacidades creativas y productivas.¹⁷ El Estado actual a través de sus gestiones y de acuerdo a su constantes promociones, propaganda, publicidad en rescatar más los derechos del venezolano, en hacer realidad un servicio eficiente de la salud, debe prestarle más atención y más seriedad al grave problema que actualmente el país afronta en este servicio en donde no hay ninguna garantía de un servicio eficiente, público al que tienen derecho los ciudadanos, especialmente cuando se cumple con el pago de los tributos e impuestos. Ante una realidad en donde la administración de la salud en el país, tanto en el sector público como en el privado es cuestionable, las Universidades comprometidas en la capacitación de estos profesionales encargados de gestionar la salud eficientemente, con calidad, buen servicio, no puede ignorar su rol y ser más proactivas en rescatar el serio problema que actualmente se afronta con respecto al cuidado, resguardo de la salud que todo país desarrollado debe tener.¹⁸ Al respecto se debe tener en cuenta la Ley Orgánica de Salud de Venezuela, publicada en gaceta oficial N° 36.579 el 11 de noviembre de 1998 vigente hasta la fecha que expresa claramente en su artículo 3°: “*Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los ya mencionados*”. En la medida que se identifique más el Gobierno con su responsabilidad en pro de un buen servicio de la salud, habrá más confianza, en su gestión, y desde luego, los ciudadanos estarán garantizados de un derecho que le corresponde.¹⁴

No se pueden desconocer algunos alcances logrados relevantes como son definición de los lineamientos políticos, promoción, prevención, protección y recuperación de la salud en cierta medida, la vigilancia de productos farmacéuticos, la inspección y vigilancia del ejercicio de toda profesión o actividad que tenga relación con la atención a la salud. Pero también son múltiples los problemas detectados en el actual Sistema de Salud Venezolano que motivan su reforma: déficit presupuestario

asignado a las instituciones públicas de salud del país por parte de los entes gubernamentales; infraestructura física insuficiente y en la mayoría de los casos en estado de deterioro; poca demanda de conocimientos por parte del gobierno que garantice formación de personal calificado; reducción de la responsabilidad del Estado en cuanto a la prestación de los servicios de salud; cobertura insuficiente e injusta de la población traducida en mala distribución geográfica de los recursos; predominio de acciones en el medio urbano; parcelación del grupo familiar; falta de establecimiento de prioridades traducidas en desproporcionada inversión en restitución de la salud; insuficiente inversión en consecución de la salud; falta de jerarquización de los problemas; mala utilización de los recursos y, por lo tanto, disminución de su rendimiento; multiplicidad de directivas, duplicación de recursos, repetición y superposición de acciones; ausencia del principio básico de una administración con centralización normativa y descentralización ejecutiva programas y presupuestos centralizados, falta de autonomía de las dependencias locales y falta de interés de la comunidad por los programas.¹⁸

Discusión

Tanto en Colombia como en Venezuela el tema de la salud no estaba ligado a las responsabilidades del Estado. En Colombia primaba un sistema de beneficencia pública mientras que en su país vecino existía una especie de medicina empírica atada a la cultura popular. En los dos países, la gran problemática en esta materia forzó la necesidad de involucrar al Estado en la responsabilidad, regulación, vigilancia y control de las políticas de salud respectivas.^{3,10}

Colombia ejerció principalmente un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, eran los Servicios Seccionales de Salud los que diagnosticaban el estado de salud de la población. Estos tenían múltiples responsabilidades que llevó a un colapso sistemático debido a la tendencia burocrática generando un esquema ineficiente, altamente tendencioso a la corrupción. Venezuela intentó brindar un servicio público de salud pero el tendón de Aquiles de sus políticas estatales comienza cuando el componente político partidista se fue imponiendo dentro de las instituciones,^{3,10} desarrollándose una dirección clientelar, las asociaciones gremiales se preocupan más por su interés particular, la formación académica se basa en formar profesionales para el ejercicio privado y la burocracia constante de los países del tercer mundo da el golpe final.¹⁰

Colombia persiste en utilizar al Estado como el ente garante de las políticas de salud y en Venezuela el neo-liberalismo impone la privatización del sistema de salud, desman-

Tabla 1. Reseña evolutiva y comparativa de las reformas del sector salud entre Colombia y Venezuela.

| Ítem | Colombia | Venezuela |
|---|--|---|
| ¿La salud era responsabilidad del Estado? | NO | NO |
| La salud basada en | Sistema de beneficencia pública | Medicina tradicional, cultura popular |
| Pasos de política Estatal | SI | SI |
| No se afianza por | Multiplicidad de tareas, burocracia, corrupción. | Dirección clientelar, burocracia, interés particular. |
| Garantes posteriores | Nuevamente el Estado | Sector privado |
| Garantes Actuales | Estado | Estado |
| Leyes rectoras vigentes | Ley 100 de 1993 | Ley Orgánica de Salud de 1998 |
| Principales aciertos | Base del sistema de seguridad social integral Mayor cobertura Aumento de recursos para el sector | Base para la prestación Base garante Mejor acceso |
| Se considera revisión, reforma o cambio | SI | SI |
| Principales motivadores de revisión, ajuste o reforma | Debilidad en la inspección, vigilancia y control Falta de acceso Deficiencia en la calidad y oportunidad del servicio Infiltración inescrupulosa Problema en flujo de recursos | Déficit presupuestario asignado e inversión desproporcionada Falta de responsabilidad estatal Pobre cobertura Falta de equidad |

telando el método empírico ya existente.^{3,9,10} Por múltiples razones durante los ochenta y noventa los dos países se ven envueltos en un caos social que resulta en altos niveles de desempleo, pobreza y precariedad en el acceso de los servicios sociales. Aparecen la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 (modificada por la Ley 1122 de enero 9 de 2007) y la Ley Orgánica de Salud de noviembre 11 de 1998, en Colombia y Venezuela respectivamente. Aunque son modelos independientes comparten principios que las rigen y aunque pretenden mejorar la atención en salud de sus habitantes, no llenan las expectativas para lo cual fueron creadas.^{3,9,12,18,19,20}

No se puede desconocer que estos modelos han tenido trascendentales aciertos, en materia de cobertura para Colombia, mayor control gubernamental para Venezuela, entre otros, pero reúnen razones suficientes para favorecer su constante revisión, ajuste o reforma (tabla 1).

Agradecimientos

A la Dra. Gloria Elena Marín Martínez, abogada especialista en Derecho de Familia, adscrita al programa de Postgrado en Gobierno y Gestión Pública Territoriales Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia, por su participación en la asesoría del desarrollo del artículo.

Referencias

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. En: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Consultado: Febrero 10 de 2009.
2. Constitución Política de Colombia. Título I. De los principios fundamentales. Artículo 1. 1991: 8.
3. Orozco J. Por qué reformar la reforma. ¿Debe reformarse la Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia? ¿Hacia dónde debe apuntar la Reforma? Bogotá, Eumed.net Ediciones, 2006:9-30.
4. Constitución Política de Colombia. Título II. De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 48.
5. Constitución Política de Colombia. Título II. De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 49.
6. Constitución Política de Colombia. Título II. De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 1. De los derechos fundamentales. Artículo 13.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley número 100 de diciembre 23 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En: http://www.acome.org/documentos/ley_100_1993.pdf. Consultado: Marzo 5 de 2009.
8. Ministerio de Salud Pública. Decreto 806 de abril 30 de 1998. Capítulo II. Beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud como Servicio Público Esencial. Artículo

- 4,18.
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de enero 9 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>. Consultado: Marzo 11 de 2009.
 10. Educere. La revista Venezolana de educación. Misión barrio adentro: Salud para los pobres. 2005; 9:47-50.
 11. Guerra A, Ponce B. Un modelo político para la gerencia pública en Venezuela. 1989 -1999 ¿la década ganada? Caracas, Eumed.net Ediciones, 2005, Sección 3B, 3G.
 12. Red de salud indígena amazónica. Redsiama. En: http://www.redsiama.org/?page_id=363. Consultado: Marzo 19 de 2009.
 13. Pacheco M. Marco político conceptual de la salud. Análisis de las políticas públicas en salud implementadas a partir de los cambios políticos impulsados desde 1.999. En: <http://www.monografias.com/apa.shtml>. Consultado: Abril 2 de 2009.
 14. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica de Salud de noviembre 11 de 1998. Título I. Disposiciones preliminares. Artículo 3.
 15. Gott R. Hugo Chavez and The Bolivarian Revolution: The Bolivarian Revolution in Venezuela. (Ciudad, editorial?), 2005:533-5.
 16. Flores M. Sector salud en Venezuela. En: <http://maiquiflores.over-blog.es/article-31987049.html>. Consultado en Mayo 4 de 2009.
 17. Tomado de Pacheco M. Diferencia entre salud como producto del mercado y la salud como derecho humano fundamental. Marco político conceptual de la Salud. En: <http://www.monografias.com/apa.shtml>. Consultado Mayo 20 de 2009.
 18. Tomado de Mora C. Tópicos gerenciales. Administración de la salud en Venezuela. Relevancia, consideraciones, alcance. En: <http://www.monografias.com/trabajos34/salud-venezuela/salud-venezuela.shtml>. Consultado Junio 9 de 2009.
 19. Yepes F, Sánchez L. La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? En: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700022&lng=es.%20%20doi:%2010.1590/S1020-49892000000700022. Consultado Julio 19 de 2009.
 20. Díaz P. La reforma de salud en la V República: ¿una política de Estado? IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración. En: <http://74.125.93.132/search?q=cache:3r1iufd72KYJ:wvw.clad.org.ve/fulltext/0050315.pdf+%&cd=2&hl=es&ct=>