

The Center for Migration and Development  
Working Paper Series • Princeton University



**La Seguridad Social en Salud en Colombia**

by

Luz M. Diaz

September 2008

**CMD Working Paper #08-05g**

**Center for Migration and Development  
Princeton University N.J.  
La Seguridad Social en Salud en Colombia**

**RELATO DE UNA MUERTE ANUNCIADA**

**Luz M. Díaz  
Junio 2008**

**Introducción**

El presente documento tiene por objeto analizar en qué medida ha existido una correspondencia real entre los códigos originalmente establecidos y los valores para los cuales fue creada la política de seguridad social en salud en Colombia, y si en su trayectoria ha tenido una significativa contribución al desarrollo nacional. Para responder a estas dos preguntas claves se ha partido de un análisis del proceso de reforma, transición y privatización de la seguridad social en salud desde la expedición de la ley 100 de 1993, hasta el anuncio por parte del gobierno nacional de la nueva empresa que iniciara su actividad el próximo mes de agosto. El análisis se enfoca en la estructura social en la cual ha estado inmerso el sistema de salud en Colombia, o sea las condiciones de su inserción social (embeddedness), resaltando la crisis hospitalaria, el proceso de liquidación de las empresas sociales de salud del estado, la transición y en contexto de la privatización total de la salud.

Se hace también una referencia a los impactos de esta situación en el caso de una clínica emblemática de Colombia, que es la San Pedro Claver y finalmente se valora la situación a la luz de las seis condiciones para el desarrollo institucional definidas por el profesor Alejandro Portes (2006): reclutamiento y promoción; inmunidad a la corrupción; ausencia de islas de poder; pro actividad; flexibilidad frente a la innovación tecnológica y poderes de contrapeso. Este trabajo se ha adelantado a partir de una revisión bibliográfica, entrevistas a actores representativos, visitas y recopilación de la información de prensa desde 1993. La autora agradece la colaboración entusiasta de Carolina Ramírez, quien fuera su asistente de investigación en este proyecto.

**La salud como pieza fundamental en el desarrollo nacional.**

Sin duda alguna, la salud es una pieza fundamental para el desarrollo de una sociedad y es un derecho de la dignidad humana. Hace parte del capital social de un país, de la calidad de vida de su población y es una responsabilidad y prioridad social y del Estado que requiere crecer y mantenerse para que los miembros de esa sociedad tengan condiciones adecuadas que les permita asumir las tareas productivas del desarrollo. Además y lo que es más importante es un derecho humano universal.

## **La salud como un derecho universal**

Un reciente informe colombiano proveniente de la Procuraduría General de la Nación establece que de acuerdo a la doctrina internacional y constitucional, el derecho a la salud **es un derecho humano fundamental** que implica que las autoridades estatales deben asumir obligaciones específicas inmediatas con respecto a ella y que al mismo tiempo es conveniente la participación comunitaria para asegurar la vigencia y control de este derecho. Y agrega más adelante que los principales tratados que reconocen este derecho son una serie de instrumentos jurídicos internacionales a los cuales se ha adherido el Estado colombiano (Procuraduría General de la Nación, 2008).

Dentro de estos tratados vale la pena resaltar **la Declaración Universal de Derechos Humanos** que protege explícitamente el derecho a la salud al decir que: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales** que está vigente en Colombia desde 1968, en su artículo 12 contiene una amplia declaración sobre el derecho a la salud: *“Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. A partir de las normas internacionales, se consagran cuatro componentes normativos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En el caso colombiano, el derecho a la salud no tenía un claro reconocimiento constitucional antes de la Constitución de 1991, aunque antes de ella, ya se habían dado avances notables en materia de derechos sociales en la reforma constitucional de 1936 y con la firma de los tratados internacionales ya aludidos. El informe de la Procuraduría (op.cit, 2008) agrega que la promulgación del derecho a la salud, tanto en los tratados de derechos humanos como en la Constitución, impone al Estado colombiano una serie de obligaciones, destinadas a lograr la plena realización de ese derecho. Sin embargo, aduce que “los Estados, y en particular el Legislador y el Gobierno, tienen una cierta libertad para adoptar un esquema institucional y una determinada política para satisfacer los derechos sociales en general, y el derecho a la salud en particular”.

## **La Política de salud pública antes de la Reforma clave de 1993**

El Estado colombiano históricamente ha tenido a su cargo distintas políticas de salud basadas en planteamientos ideológicos muchas veces traslapados a través del tiempo (Arévalo, et al, 2006). Las políticas de higiene durante la colonia, asociadas a una idea que relacionaba fuertemente la pobreza con la falta de higiene de la población. Las de caridad y beneficencia más adelante, asociada a una concepción eminentemente religiosa, apoyada

por la iglesia católica y que se expresa posteriormente en la asistencia social como fundamento de la acción en salud y que compartieron tanto el estado colombiano como el cuerpo médico especialmente en el cambio del siglo XIX al XX. Esta concepción también tiene a la base la idea de que la condición de pobreza es un estigma y que las autoridades deben actuar sobre sus manifestaciones, por ejemplo, mediante el aislamiento de los enfermos considerados como propagadores de epidemias y el uso de medidas policivas para cumplir los mandatos de higiene. La seguridad social para trabajadores formales a partir de la cuarta década del siglo pasado y más recientemente, la aplicación de una política de seguridad social en salud que en la realidad no busca la universalización de los derechos sociales sino que dentro de una concepción neoliberal, tiende hacia una intervención estatal muy reducida.

En 1936, la reforma constitucional permite formalizar la atención del estado en salud bajo la forma de asistencia, que es asumida de manera muy incipiente por medio de las llamadas cajas de previsión. En 1938 se creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y sólo hasta 1946 aparece un Ministerio de Higiene propiamente dicho. En 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión, destinada a la atención de los trabajadores públicos. Pero frente a la debilidad institucional del estado se crean en otras instancias del gobierno sus propios programas u organizaciones de atención en salud y seguridad social, es decir que paralelos a la Caja Nacional de Previsión había también sistemas de salud especiales para determinados grupos de funcionarios públicos como los militares, las telecomunicaciones, la Empresa Colombiana de Petróleos, Banco de la República, entre otros (Vivas, op. cit p.331).

Por medio de la Ley 90 de 1946, se crea el Instituto Colombianos de los Seguros Sociales-ISS- que ha sido la organización más importante de salud en el país y que en un principio tuvo a su cargo la prestación del servicio a los trabajadores asalariados formales del sector privado; mientras que el Ministerio de Salud estaba a cargo del resto de la población, que era la población más pobre. Los sectores de población restante no estaban afiliados a ningún ente organizativo porque se suponía que podían tener acceso a la medicina privada. De esta manera, la prestación de los servicios de salud nace fragmentada desde el estado.

La creación del ISS coincide con la iniciación de un estado intervencionista en lo social y en medio del auge económico colombiano y la paulatina consolidación de un empresariado nacional, durante la posguerra mundial (Rodríguez, 1992). La financiación del aseguramiento de los empleados se hacía por medio de aportes tripartitos del estado, los empresarios y los trabajadores. En un principio, los sectores empresariales vieron en este un mecanismo que les permitía aligerar la carga de atender a sus empleado, pero una vez que los aportes del estado empezaron a ser intermitentes, prefirieron algunos de ellos organizar los servicios de salud desde sus propias empresas directamente. También desde

su creación, el ISS tuvo que enfrentar agudos problemas financieros y una infraestructura hospitalaria deficiente y en realidad se puede afirmar que desde su nacimiento el ISS inició un proceso de agonía perpetua como lo veremos más adelante. Así, hacia 1964 mucho tiempo después de creado el ISS, existían todavía empresas con sus propios servicios, tales como Fabricato, Texas Petroleum Company, Ferrocarriles de Antioquia, Terminal Marítimo de Barranquilla, Acerías Paz del Río, entre otros.

De su parte la atención a los pobres no asalariados, que inicialmente había sido por medio de la caridad pública, es asumida por el estado mediante la figura de *prestaciones asistenciales*. Sin embargo el manejo de hospitales y otras instituciones de salud no era muy estable pues quedaron dependiendo de las disponibilidades del fisco, la burocracia y la voluntad de la ciudadanía. Así mismo, la desigual distribución geográfica de la red hospitalaria tanto pública como privada, unida a insuficiencias en las comunicaciones y el transporte hicieron más difícil la prestación de un servicio adecuado a las necesidades de salud de toda la población colombiana (Vivas, op. cit.2006).

A finales de los años sesenta se producen cambios importantes jalonados tanto por condiciones externas como internas. La Comisión Económica de América Latina CEPAL, introduce dos elementos importantes: la planeación como elemento central en el manejo del estado y la noción de integralidad en los programas. Entonces se formula en Colombia por primera vez una política pública encarnada en un Plan Decenal en Salud con el apoyo de la llamada Alianza para el Progreso.<sup>1</sup>

Bajo la noción de integralidad se empezaron a desarrollar programas de protección y reparación de la salud, control epidemiológico y de las enfermedades transmisibles. Así mismo se empezaron a coordinar las entidades públicas, privadas, de seguridad social y filantropía y se incluyeron criterios de eficiencia y racionalidad. A mediados de los años setenta, los hospitales públicos pasaron a depender del Ministerio de Salud o del ISS mientras que los privados se empiezan a articular al Ministerio bajo la nominación de vinculados. El intento de articular financiera y administrativamente la red hospitalaria pública y la seguridad social; y la beneficencia privada y la asistencia pública, como diferentes formas de prestación del servicio hizo evidente una capacidad hospitalaria altamente estratificada, inequitativa y altamente segmentada con una baja cobertura nacional y regional, altamente centralizada y con muchas zonas del país que permanecían marginadas de estos servicios.

La asistencia en salud se prestaba por medio de la red hospitalaria integrada al sistema nacional de salud creado en 1975 y que comprendía tres subsistemas: subsistema de aseguramiento, subsistema público y subsistema privado. El subsistema público

---

<sup>1</sup> La Alianza para el Progreso fue financiada por el gobierno americano durante el periodo de John F. Kennedy.

prestaba la asistencia pública, básicamente por medio de la red hospitalaria que estaba conformada por hospitales de primero a tercer nivel de acuerdo a su complejidad y se financiaba por medio de transferencias del gobierno central a través del llamado situado fiscal.

Quien era pobre y estaba enfermo iba al hospital público más cercano, allí recibía una ficha y esperaba varias horas para ser atendido. No existía un sistema para clasificar a quienes eran pobres ni ningún requisito para afiliarse a los servicios de salud pública. Simplemente quienes iban a estos servicios lo hacían por su condición de pobres y que no tenían otra forma de acceder a un servicio de salud y se hacía básicamente atención curativa y específicamente en los hospitales (Giraldo, 2006).

### **Las condiciones de inserción social de la Reforma a la seguridad social en salud**

#### **La Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993**

Diversas situaciones políticas, económicas, sociales y culturales confluyen en la promulgación de la Ley 100 de 1993 la cual es el hito normativo más importante de la política pública de salud en Colombia. La Constitución de 1991 es el antecedente político y legal más determinante de la promulgación de esta Ley. Estos dos procesos se dan durante el gobierno de César Gaviria (1990-1994), cuya política económica se enmarca claramente en la apertura de los mercados y la modernización del Estado.

Para elaborar la Constitución de 1991, se conformó una Asamblea Nacional Constituyente - ANC - ampliamente participativa pues tuvo una composición pluralista donde por primera vez, se sentaron conjuntamente sectores obreros, indígenas, “negritudes”, campesinos, grupos religiosos diferentes al catolicismo tradicional y nuevos partidos políticos. Este escenario permitió un debate profundo sobre los derechos ciudadanos en general, y sobre los derechos a la salud y a la seguridad social, en particular, y se hicieron explícitas las posiciones al respecto (Hernández y Obregón, 2002, p:305, 306).

En el texto definitivo del primer capítulo de la Constitución, se declaró por primera vez que Colombia es un “Estado social de derecho”, definición que significa de acuerdo al jurista Carlos Gaviria Díaz, que tanto las conductas de los gobernantes como las de los gobernados están sometidas a una regla y que Colombia es un Estado que se compromete con las necesidades básicas de las personas (Gaviria, 2005). En su capítulo segundo se refirió a los derechos sociales, económicos y culturales. En efecto, por primera vez, se incluyó en el pacto constitucional un listado de derechos y deberes fundamentales, ligados a la condición humana, y también se incluyó un conjunto de derechos sociales, económicos y culturales, ligados a la capacidad económica del Estado y de la sociedad.

Es de anotar que no obstante el amplio debate sobre el derecho a la salud, en la Comisión V de la ANC, ocurrió un cambio importante hacia el final del período de trabajo. En efecto, “Desde el principio, en los proyectos de articulado se incluía la palabra “derecho” referida a la salud. Un mes antes de terminar la Asamblea, se modificó por el término “servicio público” (Hernández et al, p: 306). Por lo tanto, el artículo 49 de la nueva Constitución quedó redactado así: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Finalmente, se incluyeron tres principios que serían obligatorios para la organización futura del sistema de salud: “eficiencia, universalidad, solidaridad”.

En el debate sobre seguridad social en la ANC y la negociación entre las fuerzas participantes -empresarios, líderes políticos de los partidos representados y centrales obreras con diferentes orientaciones – se produjeron dos soluciones que dejaban pendiente el asunto: de un lado, el artículo 48 de la Constitución declaró la seguridad social como “un derecho irrenunciable de todo ciudadano”; de otro, los lineamientos de un sistema de seguridad social que diera cuenta de ese derecho se delegó a una Comisión Constitucional Transitoria conformada por todas las fuerzas sociales y políticas interesadas. “La Comisión se reunió en el siguiente semestre del año, pero sus resultados no fueron incorporados por el gobierno ni por el nuevo Congreso al debate legislativo como ordenaba la Constitución” (Hernández et al.2002, op.cit, p: 307).

Vale resaltar en este proceso que antecedió a la promulgación de la Ley 100, sucesos destacados a nivel de lo político. Uno de ellos es el proceso de incorporación del grupo insurgente M19 a la vida política legal entre 1987 y 1988. En efecto, por primera vez, entre muchos intentos de negociación con diferentes grupos subversivos en el país, un grupo insurgente participa de las elecciones y entra a hacer parte de la administración pública – precisamente por su caudal de votos obtenido para las elecciones presidenciales- asumiendo precisamente la cartera de salud en el nuevo gobierno que encabezaba el presidente César Gaviria. La tarea de reglamentar la Ley 10 de 1990 estaba al orden del día, sin embargo el Ministro de Salud, Navarro Wolf, líder del M-19, se retira luego para hacer parte de la Asamblea Nacional Constituyente que va a definir la Nueva Constitución de Colombia en 1991. En diciembre de 1991, el siguiente ministro de salud Camilo González Posso, también del M-19, que reemplazó al ministro Navarro, presentó en sus memorias el concepto de “cultura de la salud” fundamentada en el valor de la vida humana y la convivencia solidaria; que privilegie las acciones de fomento de la salud y prevención de las enfermedades; y que promueva los procesos participativos (Hernández et al. Op.cit.2002.)

El M-19 se retira definitivamente de la participación en el gobierno, en agosto de 1993 mientras se discutía en el Congreso la Ley 100 cuyo ponente era precisamente el actual presidente Álvaro Uribe Vélez. Luego de largas discusiones en el legislativo, de las que participaron distintos sectores sociales, pero en donde se acentuó una posición

abiertamente neoliberal, que se empeñaba en demostrar la viabilidad de las políticas sociales basadas en las leyes del mercado y en la disminución de las funciones del estado, se aprueba la ley 100 de 1993 sobre “Creación del Sistema de Seguridad Social Integral” basada en los principios de **universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad y participación** y que organiza el Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS- lo que va a representar un cambio fundamental en la cultura y los valores frente a la salud.

Según lo anota Oscar Rodríguez, lo que estaba a la base de la reforma no era precisamente un interés por la seguridad social ni la lucha por la exclusión social, “su preocupación era el desequilibrio de las finanzas públicas en una época en que la deuda externa estaba presionando las políticas económicas cuando en los distintos países de A. L. se empezaba a imponer una disciplina fiscal por medio de las políticas de ajuste, en efecto, la reforma buscaba ajustar el sistema al régimen de acumulación de dominación financiera y la mayor articulación al mercado mundial en el marco de la globalización” (Rodríguez, 2005, p.188).

Para esta época, es importante recordar que la política social en el contexto de América latina asume una significativa reorientación que tenía como propósito, superar las ineficiencias en la prestación de los servicios y las dificultades de acceso para la población más pobre. Las estrategias planteadas entonces tenían que ver con un recorte en las funciones del Estado para lo cual era necesario la descentralización de la política social, la focalización de los servicios hacia los más pobres y la eliminación del monopolio de los servicios sociales que estaban en manos del Estado introduciendo la competencia privada o sea mercantilizando los servicios sociales.

En este proceso vale anotar que desde 1987, el BM había presentado su “agenda para la reforma” bajo la consigna de la lucha contra la pobreza. Con ello, las agencias financieras multilaterales como el BM y el FMI, comenzaron a tener más incidencia en el diseño de las reformas sanitarias que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados de estos asuntos en América latina, como OPS/OMS, UNESCO y UNICEF (Hernández et al, op.cit.). Para el Banco Mundial, los derechos sociales y económicos universales son inviables económicamente y los subsidios estatales deben dedicarse a la incorporación de los pobres al ventajoso ámbito de la economía globalizada.

Aunque buena parte de los actores de la sociedad civil relacionados con el tema de la salud se pronunciaron, su versión en Colombia inspirada en los planteamientos del Banco Mundial fue presentada por Juan Luis Londoño de ideología neoliberal que remplazó al ministro del M-19, bajo el nombre de “pluralismo estructurado”. Esto significaba la creación de un sistema dual de seguridad social: **público y privado y según varios autores (Giraldo 2006; Rodríguez 2005), fue clara la intención del gobierno nacional de**

## **debilitar la seguridad pública para favorecer el paso de la administración del sistema a los intermediarios financieros de carácter privado.**

En efecto, la Ley 100, teniendo en cuenta lo establecido en el capítulo I del título III de la Ley 100 de 1993 y sus respectivos Decretos Reglamentarios, combina el **régimen contributivo** dentro de una relación salarial, con **un régimen subsidiado** para la demanda de una población muy pobre y con los **vinculados** que incluye aquellos que están por fuera del aseguramiento y son financiados por los recursos de la oferta<sup>2</sup>. El régimen contributivo es obligatorio para quienes tiene ingresos suficientes para pagar la cotización que en la práctica se reduce a los trabajadores con ingresos como asalariados formales o con capacidad de pago. De su parte, la vinculación a la seguridad en salud para los trabajadores independientes se vuelve muy onerosa al estar a cargo completamente de este tipo de trabajador. Las antiguas organizaciones de salud del ISS y la red de hospitales públicos debían en adelante comportarse como agentes autónomos de mercado en condiciones de competencia con los centros hospitalarios de carácter privado.

### **La Seguridad Social en Salud para la población más pobre.**

Como ya ha sido enunciado, el sistema de seguridad social en salud promulgado por la ley 100, se basa en los principios de **universalidad, solidaridad, participación, eficiencia, e integralidad**. A continuación haremos una breve referencia a las dificultades para el logro de algunos de ellos, centrándonos en el régimen subsidiado que es el objetivo de nuestro análisis.

#### **A. La focalización del Gasto Público y la universalidad y solidaridad**

Con base en las políticas sociales del BM que pretendían luchar contra la pobreza y dado que los derechos universales a cargo de los recursos públicos eran inviables económicamente, se impuso la necesidad de focalizar el gasto público. En consecuencia, se organiza en Colombia un Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Públicos, SISBEN, que se aplica desde 1995, para identificar a quienes pueden recibir subsidios y por esta vía vincularse al régimen subsidiado. A esta población identificada como muy pobre se le permite acceder al llamado “Plan Obligatorio en Salud o POS. Al respecto, Jorge Iván González decano de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional de Colombia, concluía en un coloquio internacional organizado en Colombia que

---

<sup>2</sup> “ El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan mensualmente al sistema de salud pagando directamente lo correspondiente legalmente a las Entidades Promotoras de Salud - EPS autorizadas para recibir y administrar esos dineros y para que a su vez contraten los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios” Ley 100.

“La administración Gaviria decidió darle oportunidad a los programas sociales focalizados, al mismo tiempo que ponía en tela de juicio los programas de cobertura universal.....el cambio de perspectiva ha ido en detrimento de la equidad. El subsidio de los programas focalizados tiene un efecto redistributivo mucho menor que el de los programas de cobertura universal” (Rodríguez, Discurso de Apertura, 2006p.29). Para el caso colombiano, la definición de universalización, como elemento que constituye la ciudadanía se desdibuja y más bien se va a confundir política social y lucha contra la pobreza.

La focalización y el SISBEN representan un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre que no clasifica como beneficiaria del régimen subsidiado, en este sentido se acentúa la situación de vulnerabilidad de quienes son los excluidos. Entre estos están los trabajadores independientes o por cuenta propia que no cumplen con los requisitos de pobreza para beneficiarse, los trabajadores a destajo del campo y de los sectores urbanos, entre otros.

Es evidente que la legislación no tuvo en cuenta la estructura del mercado de trabajo colombiano, en la que al igual que en otros países de América latina, hay un gran porcentaje de trabajadores informales y por tanto no hay suficientes condiciones para el cumplimiento de las leyes por la poca cobertura de la relación salarial, quedando otros grupos como los pequeños trabajadores independientes y los informales por fuera de ellas, para quienes la cobertura tiene un carácter puramente voluntario.

Si la ley pretendía lograr la **cobertura universal en salud**, entonces las preguntas de César Giraldo (2006) son muy oportunas a este respecto: “Qué pasa con los que no son señalados como muy pobres, no son asalariados formales y no tiene posibilidad de pagar un seguro privado? Por ejemplo aquellos que no tienen un trabajo estable, desempleados, trabajadores por cuenta propia, las mujeres solteras dedicadas al hogar, los estudiantes mayores que exceden la edad para tener derecho a la seguridad familiar.?”(Giraldo,2006 op.cit. p.368) y responde: Son excluidos y las dificultades para el acceso expresan una concepción particular del derecho a la salud.

Así mismo, un porcentaje importante de trabajadores independientes en la informalidad, se les sigue considerando como evasores pues no se les diseñó una política acorde con su situación. Esto quiere decir que en el régimen contributivo, no se contempló la realidad y las modalidades del empleo en el país, y se asumió que los trabajadores independientes e informales, entrarían completamente al régimen contributivo.

Los trabajadores independientes deben por la ley 100, cotizar el 8% correspondiente al patrono y el 4% correspondiente al trabajador, o sea el 12% de su ingreso, la base mínima de cotización de los trabajadores independientes hoy día es el equivalente a un salario mínimo. Nótese que la falta de cobertura de la seguridad social de

los trabajadores independientes y sus familias, que antes de la reforma, era considerada un deficiencia del Estado, se convierte de un momento a otro en una irresponsabilidad de los “evasores” (Martínez Martín, op. cit. p: 417). Muchas veces quienes realmente acaban siendo subsidiados con el régimen contributivo, son los patronos que evaden la parte que les corresponde cotizar.

También vale preguntarse al igual que otros autores “¿Por qué es posible que un número considerable de trabajadores y sus familias no participen de los derechos sociales que constituyen la plena ciudadanía?” En realidad, el Estado y las normas lo permiten, a través de las formas de contratación laboral. Los jornaleros del campo reciben trato de peones como algo normal y los trabajadores de la construcción, por ejemplo tampoco son percibidos como ciudadanos iguales. De otra parte nótese que cerca de la mitad de la población trabajadora asalariada está en situación de aguda precariedad, pues alterna entre periodos cortos de actividad asalariada actividad por cuenta propia y desempleo. Esta población no puede capitalizar derechos sociales pues su beneficio está frecuentemente asociado a la permanencia en un empleo declarado (Lautier, 2005; p: 657).

### **B. Participación**

La legislación en Salud coincide con el proceso de descentralización de la funciones del Estado lo cual se expresó entre otros aspectos en la transferencia de los recursos financieros de la nación a los niveles territoriales, la administración de los servicios fueron llevado al nivel local favoreciendo de esta manera un mayor desempeño del clientelismo con lo que las presiones políticas contribuyen obstaculizar el logro de lo objetivo de la reforma en salud. Se dio un clima propicio para el desvío de dineros ya que los mecanismos de control eran muy débiles y se fortaleció la corrupción (Rodríguez 2005).

Los sectores más vulnerables de la población han adolecido de claridad acerca de los derechos sociales en una situación “donde incluso el ejercicio de los derechos civiles y políticos presentaban obstáculos aún no superados como el clientelismo, la aparición de grupos que pretenden tener espacios de territorio bajo su poder y ejercer la justicia privada” (Rodríguez, 2006, p. 262). La apropiación de un sentido de ciudadanía, no está suficientemente consolidada para ejercer un control social frente a sus derechos, sino que más bien buena parte de la población colombiana asimila el ejercicio de los derechos sociales como favores políticos debido a que aún perdura un estado clientelista.

### **C: Integralidad**

La salud se entiende como una condición integral para el disfrute de calidad de vida y por lo tanto se hace necesario la previsión de estrategias de prevención y de salud pública, tales como campañas de vacunación, control de epidemias, brotes de enfermedades infecto-contagiosas, enfermedades de transmisión sexual, entre otras sean controladas por programas de salud pública. El llamado Plan de Atención Básica PAB, que incluía

vacunación masiva, planes de salud pública, retrocedió sustancialmente pues su responsabilidad pasó del gobierno central a los entes territoriales (departamentos y municipios) con lo que se perdió continuidad. Además resurgieron enfermedades que ya se creían controladas como el dengue y la malaria. Todavía en 2008 y en zonas del país como el Chocó y la Guajira se disparan los brotes de malaria y dengue.

### **Las controversias y la multiplicación de leyes complementarias a la ley 100**

La constante histórica es el caudal de leyes y decretos que al final no van a dar resultados positivos sobre eficiencia, universalidad, integralidad y participación en salud.

Tres años antes de la promulgación de la ley 100, se había aprobado la ley 10 de 1990, en donde se estableció que toda fundación ilíquida deberá disolverse y que cada entidad de salud debe ser de la municipalidad en la que se encuentre. Esto significa en otras palabras la aplicación de la descentralización en el sistema de salud. El problema era que había muchos centros de salud y hospitales en precaria situación financiera o con iliquidez. Esta y la ley de nivelación salarial de 1994, fueron las piedras de choque posteriores porque afectaban la sobrevivencia de los hospitales y la estabilidad salarial de los empleados., constituyéndose entonces en puntos neurálgicos de las negociaciones con los sindicatos y los gremios.

Así mismo, se presentan severos traumatismos por la transición hacia el cumplimiento de la ley 100. Hubo serios problemas de ajustes porque la administración antes centralizada en el Ministerio de Salud - en lo que se refiere a recursos de los hospitales, equipamiento y salarios -con la ley 100 debe ser asumida por los departamentos y municipios. El decreto 1894 del 3 de agosto de 1994, impide entregar recursos del presupuesto nacional para el proceso de nivelación salarial.

En el año de 1994 y pocos días antes de que el presidente César Gaviria terminara su mandato, se expide el Decreto 1894 por el cual se estableció la nivelación salarial para el personal médico pero en forma parcial y apenas para cinco cargos y en el año de 1995 se expiden nuevos decretos modificatorios que apenas representan paliativos frente a las situaciones generadas por la ley 100.

En agosto de 1994, asume la presidencia César Pastrana y con el cambio de gobierno, los traumatismos continúan. Entonces, el ministro de Salud es llamado a la Comisión VII de la Cámara de representantes para que aclare la situación de los centros hospitalarios y el futuro de la ley 100 (El Espectador, 29 de Septiembre, de 1994). Acordaron Ministro y Comisión VII conformar una comisión que se encargaría de la nivelación gradual de los salarios y un programa de descentralización, proyecto que va a ser parte del llamado Plan de Modernización Institucional de los Hospitales.

Posteriormente, el decreto 439 de 8 de Marzo de 1995, genera renuncias médicas como mecanismo de presión para que el gobierno lo derogara. El problema es que no era fácil la decisión de derogar un decreto y remplazarlo por otro pues esto no dependía solo del Ministerio de Salud sino también del Ministerio de Hacienda (Secretaría del Tesoro).

El 17 de agosto de 1997, la Comisión de Racionalización del Gasto Público, considera que es urgente hacerle modificaciones a la ley 100 pues la situación se puede tornar explosiva. El comentarista Carlos Caballero Argáez, en su columna de OPINION de El Tiempo (mayor diario de circulación nacional), del 18 de Nov. 1998: escribe sobre la ley 100 “desmontó el subsidio de salud a los pobres que recibían a través de la prestación del servicio de salud en hospitales; puso en aprietos a las instituciones prestadoras de servicios –hospitales, clínicas- y las puso al borde de la quiebra...”

En 2002, se crea el Ministerio de la Protección Social por ley 789, que funde en uno solo el anterior Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud. Sus objetivos primordiales van a ser la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del sistema de protección social establecido en la ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del gobierno nacional. En esta ley, la protección social es entendida como: **“Una serie de intervenciones públicas para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo y para apoyar a los más pobres en situación crítica”**.

En el 2005 se aprobó la Política Nacional de Prestación del Servicio de Salud con el propósito de garantizar la atención en salud. La política de prestación del servicio de salud va a contar con tres ejes fundamentales: **Accesibilidad, Calidad y Eficiencia**. En cada uno de estos se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas.

El decreto presidencial 3039 de agosto de 2007, define el Plan Nacional de Salud Pública y crea el “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud”, donde se incluyen los principios del Plan Nacional de Salud Pública que son los siguientes: **Universalidad, Equidad, Calidad, Eficiencia,- Responsabilidad,- Respeto por la diversidad cultural y étnica, Participación Social e Intersectorialidad**

### **Los impactos de la reforma del sistema hospitalario público**

Por medio de la ley 100, los hospitales públicos, como ya se dijo, dejaron de recibir recursos para su financiamiento y pasaron a financiarse por la venta de servicios, y se convirtieron en empresas de carácter comercial constituyéndose en las llamadas Empresas Sociales del Estado, las ESE. Como consecuencia y a partir de la expedición de esta ley, se denuncian los peligros del sistema por la desprotección que implicaba para los usuarios

del sistema, se evidencian los agudos impactos financieros que generó la aplicación de la ley 100 y la crisis hospitalaria se agudiza así como los serios conflictos laborales que aquejaban al personal médico. Los problemas de ineficiencia y baja calidad de los servicios hospitalarios se ponen a la orden del día.

Como consecuencia de esta situación, los años 1994, 1995, 1996 y 1997 se confunden con un largo periodo de movilizaciones, protestas, ceses de actividades, manifestaciones y paros del personal médico y en consecuencia ocurren múltiples cierres de hospitales<sup>3</sup>.

De acuerdo a nuestro seguimiento a la prensa nacional – desde 1994 - son muy relevantes las noticias sobre iliquidez de los hospitales, atrasos en los pagos de salarios al personal médico, las deficientes condiciones de los equipos médicos y quirúrgicos, el sobrecupo de pacientes, las precarias condiciones de edificios, las largas jornadas de trabajo y las bajas remuneraciones. En 1998, se suspenden servicios en hospitales públicos de distintas regiones del país porque las Empresas Promotoras de Salud, EPS, no han cancelado las deudas con el estado y han propiciado, en consecuencia un difícil estado de iliquidez que atenta seriamente contra la protección de la comunidad. En resumen, a partir de la ley 100 se les exigió a los hospitales públicos eficiencia, pero no se les dotó de herramientas para tal efecto. Por eso no consiguieron mantener equipos, medicinas ni instalaciones, tampoco pudieron ajustar la nómina de empleados a las necesidades reales y también la carga prestacional se creció más allá de sus posibilidades financieras.

Para 2004, se plantea que la Ley 100 ha tenido más efectos negativos que positivos pues cerca de 10 hospitales públicos han sido cerrados y 79 de ellos en 20 departamentos están al borde del colapso, los cuales atienden a la población más vulnerable del país. El gobierno argumenta que “la difícil situación viene desde hace más de 20 años y que los hospitales que no sean eficientes hay que cerrarlos” según palabras del Ministro de Protección Social, Diego Palacio (EL TIEMPO, Octubre 12 de 2004).

### **Cobertura de la seguridad social, limitaciones y alternativas para el acceso a la salud**

A través del proceso de reforma y transición de la seguridad social en salud, lo que aparece en cuanto a la cobertura es que no ha habido claridad para saber con cuántos beneficiarios reales del sistema de salud pública se cuenta. Muchas veces los entes territoriales o las administradoras de régimen subsidiado denominadas inicialmente ARS, aumentaron arbitrariamente las cifras para así recibir más dineros por sus servicios. Frente a esta situación, el gobierno desde 1998, empieza a hacer hincapié en que los municipios y departamentos deberían acreditar efectivamente cuántos pobres están realmente

---

<sup>3</sup> Otro apéndice también incluye un cuadro sobre el seguimiento de prensa a estas situaciones.

carnetizados en el régimen subsidiado y así contratar con las ARS para que atiendan un número de pobres reales y pagar por ellos cifras reales, sin embargo esto solo queda en los propósitos pues es tradicional que las cifras se manipulen para así aumentar las cantidades giradas bien a los entes territoriales, bien a las ARS.

Al finalizar el año 2007, el Departamento Administrativo de Estadística, DANE reportó 18.5 millones de empleados en el país, la cifra más alta del año. Pero esta cifra no se compadece con las afiliaciones a la seguridad social. El año 2007 cerró con un poco más de 5 millones de trabajadores cotizando a la seguridad social mediante la Planilla Integrada y aunque no se incluye los trabajadores independientes, esto significa que hay unos 12 millones de trabajadores que no aportan a la seguridad social, bien sea porque no tienen capacidad de pago, o porque no encuentran estímulos para afiliarse a una EPS o bien porque sus empleadores no los registran. A este respecto el presidente informó el 28 de diciembre de 2007 que “se crea más empleo que afiliación a la seguridad social”. Una explicación importante radica en que gran parte de la ocupación (un 51%) está en trabajadores por cuenta propia o trabajadores informales (como ya se ha hecho referencia), cuyos ingresos no les permite pagar una EPS o aportar a pensiones. Sus actividades laborales son de baja productividad y con ausencia de seguridad social.

Según el procurador general de la nación, Edgardo Maya Villazón (El Espectador, 21 de mayo 2008), hoy son más numerosos los casos de personas que mueren en las puertas de los hospitales, porque las entidades prestadoras del servicio se niegan a recibirlas, o de quienes son sometidas a innumerables trámites para acceder a medicamentos o tratamientos de salud. En medio de las limitaciones de acceso a la salud, se ha fortalecido el uso de las acciones de tutela como una válvula de escape para sortear mejor el derecho a tener salud. Los ciudadanos saben que si van a litigio mejoran su salud, pero es una práctica más adoptada por quienes participan del régimen contributivo, los del régimen subsidiado participan en muy baja proporción, bien porque desconocen sus derechos, o bien porque no están en condiciones de saber cómo se inicia una acción de tutela.

Las acciones de tutela: son una alternativa de acceso al disfrute del derecho a la salud. La acción de tutela se interpone ante un juez cuando es vulnerado un derecho fundamental y se le debe dar curso de manera inmediata. Representan un mecanismo privilegiado de acceso a los servicios y son la solución frente a las limitaciones de funcionamiento del subsistema de inspección vigilancia y control del SGSSS. Es concedida en aproximadamente un 80% de los casos.

### **La lenta y definitiva agonía de la seguridad social en Salud**

Como ya ha sido establecido, con la expedición de la ley 100 se inicia el proceso de desmonte de la seguridad social en salud a cargo del estado. Específicamente haremos

referencia a la suerte del Instituto de los Seguros Sociales ISS y posteriormente a su clínica más importante, la San Pedro Claver.

Una breve historia del ISS, la entidad más importante en salud y pensiones y sus momentos cruciales serán referidos a continuación:

Sin lugar a dudas, el ISS, fue impactado duramente por la ley 100 en sus condiciones financieras, pues se quedó a cargo de quienes estaban ya pensionados o próximos a hacerlo, con los cotizantes de menores ingresos, los enfermos con patologías de alto costo y con los pasivos laborales. Los cotizantes de mayores ingresos y que tenían un horizonte lejano para su pensión optaron por salir del instituto y cotizar en los fondos privados (Giraldo, op.cit).

A partir de 1997, con 24.500 trabajadores, se continuó un candente debate que ya venía de varios años atrás, sobre la situación financiera del ISS, donde las posiciones fueron abiertamente contradictorias. Mientras el presidente de la entidad planteaba que la situación era solvente, entidades como el Banco de la Republica, el Consejo Nacional de Política Fiscal, La Comisión de Racionalización del Gasto Público y un estudio de Fedesarrollo, sostenían que a futuro podía presentar un serio descalabro. Se anuncia entonces un proceso de concertación para transformarla en el que participan activamente los 11 sindicatos del ISS a saber: Sindicato Nacional de Trabajadores del ISS, Sindicato de Odontólogos, Asociación de Médicos y afines –ASMEDAS- Sindicato de Enfermeras, de Terapistas, Bacteriólogos, Dietistas, de Trabajadores Sociales, Instrumentadoras Quirúrgicas, entre otros. Y en ese mismo año se realizan nuevas movilizaciones, paros y protestas para que se pactara una convención colectiva.

En febrero de 1998, el ISS anunció su ingreso al régimen subsidiado que cobija a los más pobres los cuales estaban estimados en aquella época en más de siete millones de colombianos. A partir de ese mismo año, la Superintendencia Nacional de Salud detectó deudas atrasadas al ISS por valor de 18 mil millones de pesos con sus clínicas y hospitales, razón por la cual es sancionado con la prohibición de recibir nuevas afiliaciones y de no hacer más publicidad para atraerlos, hasta que no se arreglara su situación financiera. También se denunciaron, con gran frecuencia, licitaciones y contratos amañados, como por ejemplo la licitación para seleccionar una compañía privada para que se encargara del cobro de las cuotas moderadoras.

En 2000 empieza todo el proceso de liquidación del ISS. El presidente Pastrana invito a despolitizar el seguro, luchar contra la corrupción y a hacer una alianza estratégica entre gobierno, empresarios y trabajadores para iniciar una reestructuración de la entidad; a su vez el viceministro de Hacienda planteaba que el problema no solo era financiero sino

de gestión. A sí mismo, en agosto de 2001 se formularon cargos al director por no respetar el principio de transparencia con un contrato de más de \$1.380 millones de pesos.

En marzo del 2003 el director del ISS que venía del principal grupo financiero del país hizo evidente la crisis de la institución y planteó la necesidad de despedir a dos mil quinientos funcionarios. El ISS a ese momento había perdido mas de 5 millones de afiliados en todo el país que se habían cambiado de empresa prestadora del servicio de salud y quedan afiliados apenas unos 3.2 millones de personas que en su mayoría eran pacientes mayores, o con enfermedades de alto costo y pacientes terminales.

El 31 de marzo también del 2003, un documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES planteó la inviabilidad financiera del ISS y mediante decreto –ley 1750 de 2003, se conformó la Empresas Promotora de Salud EPS del ISS a donde pasaron las 7 Empresas Sociales del Estados que fueron creadas con las 37 clínicas y 213 centros de atención ambulatoria del ISS. En efecto, los 3.2 millones que aún quedaban afiliados al ISS, pasaron a manos de una red compuesta por las siete empresas sociales del estado que en adelante debían poder autofinanciarse y manejarse sin la mano del Estado. Adicionalmente, las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado o ARS, se empiezan a llamar EPSS.

Las empresas sociales del estado ESE que a partir de la ley 1750 hacen parte de la EPS del ISS serían:

- Francisco de Paula Santander, que incluye las clínicas y centros de atención CAA de los departamentos de Santander y Santander del Norte
- Luis Carlos Galán Sarmiento que incluye los de Bogotá, entre las cuales está la Clínica San Pedro Claver.
- Policarpo Salavarieta con las clínicas y CAA de los departamentos del Meta, Tolima, Cundinamarca, Huila, Boyacá, Caquetá, Casanare.
- Rafael Uribe Uribe, con el departamento de Antioquia.
- Rita Arango Álvarez con Risaralda,
- Antonio Nariño con el Valle del Cauca.

Desde agosto del 2006, el presidente Uribe Vélez anunció la decisión de liquidar la EPS del Seguro Social, y el inicio de operaciones de una nueva EPS en su reemplazo. La cual será una entidad mixta conformada por 6 cajas de compensación: Cafam, Compensar, Comfenalco Valle, Comfenalco Antioquia, Confandi y Colsubsidio y el gobierno con participación minoritaria.

En 2007 el gobierno acelera la muerte del ISS y le da un plazo máximo de seis meses para que quede liquidado por no tener solvencia financiera y no ser económicamente

viable. Al tiempo salen de la entidad unos 5.600 trabajadores de la salud y se aduce también que desde el nacimiento del ISS, el estado no cumplió con los dineros que por ley le debía aportar. Problemas que como la alta concentración de pacientes costosos y de mayor edad, son unos de los obstáculos para la rentabilidad del Seguro Social.

El anuncio de la liquidación de las Empresas Sociales del Estado ESE, o sea las clínicas y centros hospitalarios del ISS, empieza a preocupar a las agremiaciones médicas, a los trabajadores y a los usuarios pues según Juan Carlos Giraldo, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales “Hablar de estas clínicas no es un asunto menor, porque sus camas son muy importantes en la red de atención sobre todo para los más pobres; quienes la administren deben ser entidades de reconocida experiencia y solvencia y estar en capacidad de preservar la función social que cumplen” (entrevista agosto de 2007). El superintendente nacional de salud José Renán Trujillo llamó la atención por el hecho de que se haya escogido a Caprecom como entidad liquidadora pues “tiene un proceso abierto en este organismo por deficiencia en su margen de solvencia e incumplimiento de otras normas” A su vez el Ministro de Protección social declaró que “Desconozco procesos contra Caprecom”.

La ley 1922 de Septiembre de 2007, declara a la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento que agrupa los hospitales públicos de Bogotá D.C. en liquidación y establece los mecanismos para adelantar dicho proceso. Precisamente la Clínica San Pedro Claver, de la cual nos ocuparemos más adelante hacía parte de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento. Semanas antes de la expedición de la ley 1922 de septiembre del 2006, de liquidación de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, del ISS, el ministro de Protección Social, Diego Palacio se refirió a ella como una entidad con serios problemas financieros y de carácter tecnológico (EL Tiempo, 3 de agosto de 2007). Sin embargo los datos oficiales de la ESE muestran que, a la fecha, las utilidades acumuladas son de 24.976 millones de pesos y que tiene conceptos favorables de la Superintendencia de Salud, la Contraloría y su propia junta directiva.

Un editorial de EL TIEMPO del 27 de octubre de 2007 titulado “ISS: no más retórica ni demoras” frente a la tardanza para poner a funcionar la nueva EPS que va a reemplazar al moribundo ISS. Al respecto la Superintendencia Nacional de Salud, concluyó que no se le puede dar licencia de funcionamiento pues sus gestores no han podido demostrar que cuentan con los requisitos mínimos: patrimonio de 10.000 salarios mínimos, redes de servicio, sistemas de información, y las plataformas tecnológicas indispensables. Así mismo faltan los estudios financieros y de mercado solicitados. Lo interesante es que al ISS se le canceló la licencia por condiciones mucho menores. “Fue evidente la intención de acabar y de allanar el terreno para una nueva empresa” En menos de 7 meses se incrementó el dinero que el Estado le reconoce por cada afiliado mayor de 45 años, se puso en marcha un plan para agilizar cerca de 54.000 procedimientos represados; se le quitó

también, la carga prestacional de los retirados o llamados jubilados. Los afiliados de las clínicas como la San Pedro Claver, parecen estar a la deriva desde que se les decretó la liquidación, y se contrató con CAPRECOM y otras entidades el proceso de liquidación, la situación actual es de un crecimiento en las quejas de los usuarios y los empleados, mayor congestión en los servicios de tal suerte que “la situación no resiste más medidas improvisadas ni discursos para salir del paso”...concluía el artículo periodístico.

El 15 de enero de 2008 se aprueba la salida definitiva de 1.200 funcionarios del ISS entre médicos, enfermeras, bacteriólogos, etc. Aumenta la incertidumbre frente a lo que puede pasar con la nueva EPS. Los usuarios siguen protestando tal como sucedió el 23 de Junio 2008, con la llamada “protesta de los abuelos”<sup>4</sup> quienes se movilizaron en reacción a los problemas en la atención médica, especialmente las demoras para las citas (entre 6 meses y un año para atención de un especialista), no disponibilidad de drogas, ni de servicios de radiología, laboratorios, exámenes especializados. Al respecto el Ministro de la protección Social manifestó que había problemas de empalme, que se van a afinar los procesos, que todas estas dificultades que ahora se presentan (recordemos que siempre se han presentado), son una justificación para la creación de la nueva EPS “La nueva EPS va a ser de muy buena calidad en prestación del servicio” Más adelante dijo a los usuarios “Tranquilos que con la nueva EPS vamos a lograr un paso importante” (entrevista por RCN radio el 25 de junio, 2008).

Entre tanto, la salud subsidiada, seguía seriamente amenazada para la población infantil y para quienes están afiliados al SISBEN. No hay garantía de que le presten los servicios básicos del Plan Obligatorio en Salud POSS, como la vacunación infantil, tampoco hay servicios de salud oral, citologías, prevención de embarazo, controles para partos y de recién nacidos. Se han puesto en riesgo las cobertura y metas en vacunación, control natal, en los hospitales públicos.

### **Un hospital emblemático: La Clínica San Pedro Claver**

Hasta aquí se han presentado las condiciones de inserción del proceso de re-estructuración, liquidación y privatización de la política de seguridad social o atención en salud en Colombia, partiendo desde los antecedentes más importantes como fueron la Constitución de 1091 y la expedición de la ley que reforma a la seguridad social en salud en Colombia o ley 100. Como ya se ha visto, con este paso se abrió camino hacia una nueva cultura de la salud y se fueron cambiando los originales códigos institucionales consagrados en la constitución de 1991.

Se han presentado los aspectos más destacados de este proceso y ahora se analizará el caso específico de la Clínica San Pedro Claver, cuyos desarrollos más

---

<sup>4</sup> Buena parte de los 2.3 millones de afiliados al ISS, que quedan para ser incorporados a la nueva EPS son personas mayores o con cirugías pendientes o tratamientos de alto costo.

relevantes están inmersos y definitivamente hacen parte de la realidad anteriormente analizada.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de la Clínica San Pedro Claver, son los siguientes: Es la clínica más grande de III y IV nivel de complejidad de las clínicas y hospitales que hacían parte de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento. Su historia se remonta hacia el año de 1962 cuando nace como la clínica del Seguro Social y se convirtió a lo largo de los años de su existencia en un hospital emblemático. En un primer momento se pensó en estudiar una clínica u hospital que no estuviera en liquidación pero la fuerza de los hechos hizo que el estudio se quedara sin objeto concreto. El proceso de liquidación en verdad fue un obstáculo para acceder a entrevistados de tradición.

Empezó centrando la prestación de sus servicios a los trabajadores afiliados del seguro social, poco a poco se convirtió en el mayor centro de remisión y atención de urgencias y en el referente obligado para accidentados y heridos en condiciones violentas. Desde 199 empezó a atender a las personas que están haciendo parte del régimen subsidiado. Desde el año 2003 se convirtió en una institución de prestación de salud IPS de la empresa de salud del estado denominada Luis Carlos Galán Sarmiento, creada por decreto-ley 1750 de 2003, como categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de la Protección Social, se suprime y se liquida a través del decreto 3202 de 2007.

La clínica San Pedro Claver fue una de las clínicas más conocidas en América latina. Posee la unidad de cuidados intensivos más grande del país, es líder en trasplante renal y cirugía de reemplazo articular y mantiene tecnología de última generación. Cuenta con 19 salas de cirugía.

#### **Servicios:**

- Unidad de cuidado intermedio y cuidado intensivo de neonatos.
- Servicio de cirugía, hospitalización y consulta especializada, dermatología, cirugía general, cirugía plástica, geriatría, ginecología y obstetricia, neurología, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urología, nefrología, pediatría.

#### **Consulta sub-especializada**

- Cardiología, endocrinología, gastroenterología, hematología, oncología, hepatología, nefrología, neumología, neonatología, ontología, ginecología.

#### **Cirugía sub-especializada**

- Cirugía cardiovascular, cirugía oncológica, coloproctología, cirugía maxilofacial, cirugía endoscópica, cirugía de tórax, cirugía de cabeza y cuello, mastología.

### **Apoyo Diagnóstico**

- Ecografía, electrocardiograma, electro miografía, diagnóstico endoscópico, escenografía, hemodinamía, laboratorio clínico, patología, radiología.

### **Programas especiales**

- Diálisis, electrofisiología y marcapasos, hospitalización domiciliaria, lactancia materna, madre canguro, programa clínica del dolor, consulta de pre-diálisis, trasplante renal

La clínica San Pedro Claver, atiende un promedio de 900 urgencias diarias especialmente en días feriados. A este centro asistencial llegan casos remitidos por la policía y por Tránsito o sea aquellos accidentados en las vías y heridos por violencia. “Aquí viene mucha gente y es la única parte donde se reciben pacientes aunque no sean afiliados al ISS. No se les exige cobro y se les atiende sin complicación” dice un trabajador de la Clínica. Tiene 600 camas con una ocupación del 96%, 1.800 empleados, 600.00 afiliados y beneficiarios del seguro social.

El 21 noviembre de 1995, las enfermeras de la central de urgencias y otras dependencias de la clínica, amenazan con entrar en paro si las directivas de la institución no solucionan los múltiples problemas que allí se presentan. Protestan por la excesiva carga laboral y la falta de condiciones para prestar un servicio eficiente y oportuno. Esta clínica tiene 600 camas para hospitalización y 150 para urgencias y de acuerdo a sus directivos, la ocupación suele estar en un 30% por encima del tope máximo. Por eso las enfermeras tiene que atender de 25 a 30 pacientes de urgencia por profesional y hasta 15 en los servicios de pos- operación, ortopedia y de medicina interna. En la sala de maternidad algunas veces deben acomodar hasta 3 pacientes en una cama. Igualmente es la única clínica donde un paciente de urgencias es atendido más de 24 horas en una camilla, en un asiento, acostado en un cartón, o en una lámina”

En agosto de 1997, se realizó un paro parcial de actividades que transcurrió sin mayores traumatismos para los usuarios de los servicios de salud. En la Clínica San Pedro Claver, la mayor central de urgencias funcionaron normalmente los servicios. Llegaron a un acuerdo los sindicatos y los directivos del ISS. El ISS se comprometió a no investigar ni a tomar represalias contra los huelguistas. (24.500 trabajadores del ISS).

El 11 de Junio de 1999, la clínica San Pedro afronta una nueva crisis interna, acoso

laboral, sobrecarga laboral, intensificación de actividades y cada vez con menos recursos, personal e insumos que garanticen un buen servicio, La dirección del hospital tiene menos personas por el mismo trabajo, mismo salario y jornadas extenuantes. La sala de urgencias diseñada para atender 120 casos está cubriendo un promedio de 400 casos” Presidente de Sintraiss. Los directivos están racionalizando los servicios y el personal. Para salvarla de la crisis financiera. Frente a lo cual los funcionarios rechazaron la situación controlando la entrada del personal y restringiendo algunos servicios.

En el año 2002 se revocó la licencia a la EPS del ISS que presta los servicios a los afiliados al ISS y se le prohibió recibir nuevos afiliados. Sin embargo es de notar que en el año 2006, la Clínica San Pedro Claver la más grande del país, vendió servicios por más de 110 mil millones de pesos. En ese mismo periodo obtuvo utilidades cercanas a los 15.000 millones de pesos. En abril de 2007, se empieza a hablar de su liquidación“Es injusto para una institución que le ha servido al país por más de 40 años”, aduce un médico. La clínica San Pedro tiene más de 700 camas; una de las unidades de cuidados intensivos más grande del país, realiza dos millones y medio de actividades al año, más de 600 cirugías de reemplazo de cadera y 300 de corazón y allí se entrenan estudiantes de 32 escuelas de salud

La liquidación de la Clínica San Pedro Claver, una clínica emblemática, que como ya se dijo, hacía parte de la empresa social del estado, Luis Carlos Galán Sarmiento, queda transitoriamente bajo la administración de Caprecom, mientras empieza a funcionar la nueva empresa prestadora de servicio. Es conveniente recordar que Caprecom ha sido señalada como poco clara en anteriores manejos administrativos.

Algunos usuarios entrevistados opinan sobre su experiencia con el seguro social:

#### **PRIMERA**

Una persona afiliada al Seguro Social (toda su vida) y actualmente ya pensionada, refiere que la situación del Seguro Social en sus inicios no era tan mala, aunque era evidente su déficit -pero no en grandes cantidades- sin embargo, cuando se creó la ESE Luis Carlos Galán, la atención al usuario tuvo un mejoramiento notable. Agrega que hoy en día, con la administración de Caprecom, los logros en atención descendieron sustancialmente, y se destaca la baja calidad en esta. También se destacan los malos diagnósticos, y la presión para que los pacientes no se queden hospitalizados, y si es necesario, el menor número de días posible, contando que es muy difícil la asignación de una habitación (la consiguieron por amistades y otras consideraciones); además que tratan de resolverlo todo con Ibuprofeno (genérico para el dolor). Esta señora ha interpuesto tres tutelas contra el ISS, teniendo en cuenta que es el único medio posible para que respondan a tiempo. “Sin eso es imposible” añade.

#### **SEGUNDA**

Estas personas llevan afiliadas al ISS mucho tiempo, su mamá es pensionada por el ISS. Quisieran cambiar de EPS, pero no se puede porque había una ley o decreto que lo impedía. Con Caprecom se evidencia un buen servicio, pues antes “era un desastre”, razón por la cual se puede decir que la nueva EPS mejorará. Ahora la clínica San Pedro Claver cuenta con buenos médicos, buenos instrumentos y esta siendo continuamente mejorada gracias a un eficiente sistema de quejas y reclamos. Además ya no hay tanta gente en urgencias porque los procesos se hacen más rápidos y así mismo se despacha a la gente rápidamente.

### **TERCERA**

Pensionada, lleva afiliada al ISS desde 1968. Cree que el cambio del ISS a ESE y luego a Caprecom es un problema de cambio de razón social en contra de la corrupción. Pero menciona que el ISS antes, cuando aun se llamaba así, era seguro de verdad, porque era el único estatal y en el cual “la gente sabía que no perdía su dinero”. Entonces dice que el ISS se acabó por la continua corrupción de cuello blanco, ya que muchas personas deshonestas estaban en la dirección y administración del ISS, por lo cual si alguien honesto llegaba no podía hacer nada porque lo amenazaban, razón por lo cual les tocaba renunciar. Añade que el caso más visible de corrupción es el del director Evaristo Fino, quien está en la cárcel, porque en el gobierno de Álvaro Uribe hay justicia, “a él no le tiembla la mano para nada” y eso es bueno para la nueva EPS. Otro caso de corrupción se da con las medicinas, ya que hubo un tiempo en el cual estas eran de buena calidad, y eran los mismos empleados (enfermeros y camilleros en su mayoría) los que las sacaban de la clínica, y estas eran vendidas a las droguerías, las cuales las distribuían, aún con la marca de Prohibida su venta, propiedad del ISS. En este sentido alguna vez hubo una requisita y en un cuarto de la clínica fue descubierta una gran cantidad de medicinas vencidas que, al parecer no las habían podido sacar.

En nuevas visitas practicadas a la Clínica San Pedro Claver obtuvimos nuevas opiniones directamente de los usuarios del servicio. A continuación resumimos algunas de ellas.

Había largos tiempos de espera para citas médicas, y más aún en el caso de especialistas, que pueden tardar hasta 6 meses o un año al cabo del cual simplemente negaban un tratamiento o medicamentos costosos. Es por esto que se dice que sin tutela o derecho de petición no funcionaba. Para poderse operar una vena várice tuvo que radicar dos derechos de petición y una tutela. Y para la atención de especialistas tuvo que interponer varios derechos de petición. “Esta es la única vía para ser atendido”, concluye.

Otra entrevistada tuvo que pasarse a EPS privada y encontró una diferencia sustancial entre clínica privada y pública. Agrega que el proceso de traslado fue difícil porque el ISS no quería dejarlos pasar y les tocó presentar derecho de petición y acudir a la superintendencia de salud. Algunas áreas como radiología “siempre está dañada”. Agrega

que el estado le quitó recursos y por eso decayó. Además que hubo un momento en que la gente se quiso empezar a retirar del ISS para afiliarse a otras EPS que los atendieran mejor. Otro problema que menciona es la tramitología.

### **Análisis de las Condiciones para el desarrollo Institucional**

Con base en lo anteriormente expuesto, corresponde ahora analizar las condiciones para el desarrollo institucional de la seguridad social en salud. Y definir una a una las calificaciones. Para esto se hará referencia tanto al los desarrollos del ISS, en su proceso de reforma a partir de la expedición de la ley 1993, su reestructuración, la liquidación y transición a cargo de la empresa liquidadora del ISS: Caprecon- Anestecoop y las perspectivas de la nueva empresa.

#### **1. Reclutamiento y promoción meritocrática**

Con base en los aportes de Evans sobre burocracia y crecimiento, inspirados en los planteamientos weberianos que afirman que la burocracia es uno de los fundamentos institucionales del crecimiento capitalista (Weber, 1968), se tiene en cuenta para este análisis tres aspectos: reclutamiento, promoción y remuneración. Se incluye una consideración sobre el status del profesional de la medicina.

**Reclutamiento:** Desde la expedición de la ley 100 y dentro del proceso de modernización del Estado fueron aprobados varios decretos y resoluciones (Decreto 1894 de 1994, Decreto 439 de 1995, Decreto 1601 de 2005; Resolución 793 de 2003 entre otros), que buscaban establecer estándares mínimos para los procesos públicos abiertos para designación de directivos nacionales o de las direcciones territoriales de salud, guías de apoyo para la selección meritocrática, y se elaboraron distintos informes sobre procesos de selección (Circular # 1000-011 de 2005). Pero no es un secreto que los cargos directivos han sido cuotas políticas así como las designaciones de personal de planta o supernumerarios.

La vinculación por favores políticos contrasta enormemente con el exceso de acuciosidad en la contratación de personal. Un ejemplo de tales contrastes es el de eminente endocrinólogo a quien le llegó una carta de la oficina del Área de Vigilancia y Control de la Oferta del Servicio de Salud en Bogotá, se le notificó al profesor que por carecer de “soportes de formación en la especialidad” debe abstenerse de ejercer la endocrinología. Durante la visita de verificación de las condiciones de habilitación para la prestación de los servicios de endocrinología, los fiscalizadores comprobaron que Reyes Leal es doctor en medicina de la Universidad de París, fue residente del departamento de medicina interna y endocrinología de la Universidad de Michigan, expresidente de la Asociación Colombiana de endocrinología, director de la unidad de endocrinología del hospital San

Juan de Dios durante 35 años, profesor titular y emérito de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia, pero según la visita "no se evidenciaron soportes de especialidad en endocrinología" y por tanto se cuestiona su idoneidad para ejercerla (Tomado del artículo del Dr. Sánchez Torres en EL TIEMPO, Febrero 8 de 2008).

El trabajo por cooperativas es actualmente la forma más usada para los profesionales que deben laborar en los centros hospitalarios del ISS y que se está imponiendo en otras esferas de la actividad en el país. Anteriormente la vinculación se hacía por contrato por prestación de servicios y primero existía la vinculación del personal de planta, o sea con mayor estabilidad. Las cooperativas conllevan problemas de inestabilidad, baja remuneración y no ascenso meritocrático. Pues estas se convierten en una intermediación más entre patrono y empleado, lo que lleva a la precarización laboral, al no compromiso con las instituciones por parte de los empleados, pues el que paga es la cooperativa. Sobre las cooperativas de trabajo asociado, el Ministro de Protección Social señaló "Es uno de los problemas laborales más duros del país" (entrevista, junio 25 de 2008).

**Status social:** En buena medida las condiciones salariales han contribuido a una relativa sub-estimación del status social de médico que en épocas anteriores gozaba de respeto y admiración. Los decretos de 1995 sobre remuneraciones produjeron renunciaciones masivas. Al respecto el presidente de la Asociación Médica Sindical ASMEDAS declaraba en el periódico EL TIEMPO, el 1 de Abril de 1995: "Con la Ley 100 se ha deteriorado la profesión y el gran sacrificio es el profesional"

**Remuneración Salarial:** Los salarios han sido bajos en relación a los pagos del personal médico en clínicas privadas. Mientras que en el ISS las remuneraciones para un médico son superiores a 5 salarios mínimos, en las clínicas privadas sobrepasan los 9 salarios mínimos. En muchas oportunidades los salarios no se pagan a tiempo y esta ha sido una causal de paros y protestas. El personal médico, las asociaciones científicas, representantes de los gremios de la salud iniciaron una serie de protestas y renunciaciones masivas, luego de ser aprobada la ley. Reclamaban por las condiciones salariales, la mala situación financiera de los hospitales y por los peligros que la Ley 100 representaba.

El 1 de Mayo de 1995, EL TIEMPO (principal diario del país), refiere que no hay estabilidad laboral para un buen número de empleados, las condiciones de trabajo son precarias especialmente por largas jornadas, sobrecarga laboral e inadecuados o ausentes lugares de descanso. Esta situación no ha cambiado sustancialmente 13 años después, ya que el 8 de febrero de 2008, en otro artículo de EL TIEMPO, se leía: "El personal asistencial es exprimido de manera leonina, pues además de recibir salarios ridículos y soportar excesivas cargas, carece de estabilidad y protección laboral. El sistema de cooperativas ha puesto en evidencia la explotación de los profesionales de la medicina por

sus pares. Se les contrata a destajo y se les remunera caprichosamente”(Fernando Sánchez Torres. MD. Ex rector de la Universidad Nacional).

Durante el proceso de liquidación de la clínica, el personal médico dice sentirse ignorado por el gobierno pues las explicaciones sobre la situación del personal médico de la clínica durante el proceso de liquidación y en caso de ser contratados por el nuevo operador sería por contrato temporal. Durante el proceso de liquidación fueron despedidos unos 300 trabajadores. Y para la nueva clínica se están tramitando nuevas hojas de vida, de tal suerte que los empleados y personal médico que venía laborando está en condiciones de incertidumbre frente a su futuro laboral.

De lo anteriormente expuesto se concluye que la primera condición para que la organización corresponda a sus originales códigos institucionales y pueda contribuir al desarrollo nacional, reclutamiento y promoción meritocrática, esta ausente.

## **CALIFICACION: 2**

### **2. Inmunidad a la Corrupción**

Buena parte de las causas de la crisis financiera está relacionada con inadecuados manejos, desvíos presupuestales, licitaciones, contratos poco transparentes y atrasos en el pago de las deudas de las EPS por parte de organismos del Estado. En el año 2001, durante una de las crisis previas al proceso de liquidación, el presidente Pastrana insistía en la “necesidad de despolitizar el seguro, luchar contra la corrupción y hacer una alianza estratégica...” En ese mismo año, se formulan cargos en contra del director del ISS y otros tres ex directivos por no respetar el “principio de transparencia” con un contrato de más de \$1.380 millones de pesos.

El país siempre supo que el dinero de la salud fue uno de los botines más apetecidos por los paramilitares en sus zonas de influencia. Al punto que algunos jefes eran “una suerte de administradores a la sombra” (EL TIEMPO 23 de mayo 2007). Ejemplo de esta situación ocurrió con el desaparecido jefe paramilitar del departamento de Sucre y la EPS indígena Manexca que atiende a cerca de 100.000 personas. En los llanos orientales, departamento del Meta, Manexca llegó a tener 24.000 afiliados entre 2002 y 2005, y al menos 12% de los recaudos de la zona iban para las AUC. Lo que significa más de 500 millones de pesos al año. Dada esta situación, la atención a los usuarios, especialmente a los que tenían enfermedades de alto costo, sufrió serios traumatismos (EL TIEMPO, 23 de mayo 2007), pues las finanzas del departamento del Meta no eran reportadas a la sede de Manexca.

Así mismo, acuerdos electorales entre políticos y autoridades departamentales generan fuertes crisis por los manejos de las de finanzas de las entidades de salud. Los giros se desplazan hacia otras destinaciones generando serios problemas en la atención de salud de las poblaciones. Un caso ha sido el del departamento del Chocó uno de los más pobres del país. Los niños (49 en abril de 2007) murieron por desnutrición. En consecuencia, el hospital departamental quedó “en manos de la “cuota política” de un parlamentario. La Superintendencia de Salud, ordenó la intervención forzosa del hospital (El Espectador 1 a 7 de abril de 2007)

En una entrevista a una paciente de la clínica San Pedro Claver que estuvo afiliada al ISS desde la ley de Seguridad Social, refiere que su experiencia no fue la mejor y poco a poco se fue haciendo pésima. Especialmente por la corrupción de los funcionarios. Menciona que un familiar que era médico de esta organización, le refería que ellos no podían formular sino ciertos medicamentos y no podían solicitar exámenes médicos costosos, y que a cambio de mantener estos comportamientos, tenían aumentos salariales y mayor estabilidad.

## **CALIFICACION: 2**

### **3. Ausencia de islas de poder capaces de subvertir las reglas institucionales**

Se identificaron distintas islas de poder que además que subvertir las reglas pretendían cambiarlas. Una de ellas está constituida por los 11 sindicatos que tenía el ISS. Entre ellos : El sindicatos de trabajadores del ISS; Sindicato de Médicos, odontólogos, enfermeras, terapistas, bacteriólogos, radiólogos, dietista, trabajadores sociales, instrumentadotes quirúrgicos, quienes desde 1994, tuvieron un papel preponderante en las movilizaciones, huelgas, paros, amenazas de renuncias masivas, marchas y jornadas de protesta. Frente a estas actividades los directivos y el gobierno respondían que “si no ceden en sus posturas y pretensiones comienzan a ser solidariamente responsables de los perjuicios a la comunidad” (El TIEMPO 29 de abril de 1995).

Con ocasión de los paros, el tribunal Administrativo del Atlántico declaró que “los médicos no pueden poner en peligro la vida de los pacientes mientras realizan protestas en demanda de incrementos salariales, como respuesta a una tutela interpuesta por el gobernador. A juicio del Tribunal al negarle el servicio, los médicos violan los derechos fundamentales a la vida, a la salud y a un trato digno de sus pacientes. El fallo señala igualmente que con esta actitud, los médicos degradan la condición de los enfermos” Además de violar la Constitución, los médicos faltan al código de ética”.

## **CALIFICACION: 3**

#### **4. Proactividad**

Esta condición se refiere a la habilidad de la organización para involucrarse con clientes, usuarios u actores externos relevantes. El ISS por su trayectoria nacional no requería muchas iniciativas para involucrar nuevos clientes, dada la normatividad originalmente existente sobre la vinculación a esta organización para todos los trabajadores. Con la ley 100 y posteriormente, cuando su situación financiera, de dotación y mantenimiento de equipos, y sobrecupo de pacientes, se vuelve crítica, tuvo que dejar ir a una buena cantidad de sus usuarios quienes se pasaron a otras Empresas prestadoras del servicio y a otras empresas promotoras de salud,

También es preciso admitir que le faltó más liderazgo y suficientes padrinos políticos o una mayor presión de sectores independientes al statu quo, durante el proceso de discusión de la Ley 100 y en las posteriores enmiendas o decretos complementarios. Uno de los ponentes de la ley fue precisamente el actual presidente de la república, Álvaro Uribe Vélez y uno de los ponentes en las posteriores adiciones y complementaciones fue el senador Dief Maloff quien hoy está en proceso judicial, acusado de participar en la para-política<sup>5</sup>.

Es muy claro que tanto las empresas promotoras como las empresas prestadoras del servicio de salud de carácter privado, son las principales y definitivas organizaciones que compiten deslealmente por los servicios y los ingresos de la salud. La competencia hace una labor conciente para visibilizarse y consolidarse en el mercado de la salud.

La venta de la clínica San Pedro a la corporación Hospitalaria Juan Ciudad, constituida por Compensar (EPS de carácter privado), Universidad del Rosario y La orden hospitalaria de San Juan de Dios, se va a llamar Hospital Universitario Mayor y su venta se hará efectiva a partir del 1 de agosto de 2008. La antigua clínica San Pedro Claver, sin duda, poseía condiciones de infraestructura, equipamiento y servicios lo cual le va a permitir un buen desempeño ya que va a estar dedicada a pacientes con enfermedades graves y a la investigación. Hubo previamente una campaña de descrédito total antes de su venta. Con estas consideraciones, la pregunta obligada es: era necesario privatizarla?

#### **CALIFICACION: 2**

#### **5. Flexibilidad tecnológica y apertura a la innovación**

---

<sup>5</sup> La para-política es un término acuñado en Colombia para designar las situaciones que se originaron por la participación de los paramilitares en la política nacional y en las tomas de decisiones en el congreso de la república.

Hay información que permite afirmar que en otros momentos se tuvo una gran flexibilidad tecnológica debido a las presiones y buenos oficios de los centros y organizaciones científicas que la han apoyado. La clínica San Pedro Claver ha tenido la suerte de tener acceso a nuevos equipos con tecnología de punta, tal como ya lo hemos referido.

La planilla Integrada de Liquidación de Aportes llamada comúnmente PILA, es un sistema de información electrónica a partir de cada usuario, que permite combatir la evasión y la elusión de aportes a la seguridad social en pensiones y salud. Su aplicación obligatoria empezó en agosto del 2006, inicialmente con las empresas con 1.500 o más cotizantes y paulatinamente se fue aplicando a las demás. Este es uno de los proyectos más ambiciosos del gobierno para unificar la información y los pagos de seguridad social. Las empresas pequeñas y los independientes fueron dejados al final y su utilización obligatoria comenzaría el 1 de abril de 2007. Más tarde y por problemas de manejo fueron aplazadas las fechas para que se utilizara obligatoriamente la planilla. Un problema es que para una gran proporción de trabajadores independientes, pequeñas empresas y empleadas del servicio doméstico, esta planilla no aplica, pues o no pagan ni salud y pensiones, o no aplican para pensiones o no pueden pagar ninguna de las dos.

Recientemente empezaron obras de ampliación de la infraestructura del nuevo hospital Universitario Mayor, se proyecta mayor inversión en tecnología biomédica de punta dentro de un plan de modernización que está en elaboración.

#### **CALIFICACION: 4**

### **6. Poderes de contrapeso**

En una entrevista con el académico e investigador César Giraldo, decía que “El ISS era indefendible porque no existía un fuerte control social ni una responsabilidad social, en el proceso de formulación de la ley 100, La ciudadanía termina perdiendo porque con esta ley el acceso a aseguramiento se vuelve muy difícil. El movimiento sindical estaba fraccionado y aislado. Era una pelea aislada sin respaldo del usuario, pues los sindicatos se presentaron como intereses corporativos frente al Estado. Sin embargo Sintraiss<sup>6</sup> dio luchas históricas y visibilizó el problema de la salud pero no suficientemente. También faltaron aliados políticos porque el sistema de salud con la ley 100 se fragmentó, los hospitales privados representaban un componente muy fuerte, y de otro lado, el problema de los hospitales fue manejado caso por caso, entonces aparecía fraccionado. El movimiento estuvo muy concentrado en el sindicalismo pero muy alejado de las masas. Aunque se hicieron esfuerzos, como ir a los barrios y explicarle a la gente, no se logró generar la solidaridad...porque la gente se “sentía maltratada en el ISS’ y pensaban que no

---

<sup>6</sup> Sindicato de trabajadores del Seguro Social

ameritaba salir a luchar por un seguro que era malo. Era clara la agenda del gobierno para privatizar el ISS desde Gaviria, luego con la ley 100, y con Pastrana cuando se prohíben nuevas afiliaciones al ISS.

En el año 1994, 1995, 1997 se realizaron un sinnúmero de paros de los trabajadores de la salud. La crisis de 1995, originada en el incumplimiento del Ministro de Salud y del gobierno nacional a los compromisos adquiridos en el año anterior, implicaba cancelación de cirugías, cancelación de citas, demoras en atención a los pacientes de urgencias, entre otras situaciones, frente a esto, el Ministerio de Salud, diseñó un plan de emergencia con participación de las clínicas privadas. Este resultó ser un mecanismo exitoso para presionar a los empleados del ISS.

En mayo de 1995, frente a la situación de paros de los médicos, el ministro de Salud opta por nombrar una Comisión Asesora integrada por representantes de agremiaciones médicas: Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Asociación Colombiana de facultades de medicina, Asociación Médica Sindical ASMEDAS, sin embargo esta comisión no jugó un papel preponderante.

En una entrevista con la dirección sindical transcribimos: “Si hablar de aliados políticos se trata, a nivel ejecutivo no han existido, lo que no quiere decir que no hayan existido épocas de dialogo y concertación, especialmente con el gobierno de Samper”. De Uribe se puede decir que como ponente de la reforma laboral, (ley 50) y de la ley 100, ha estado involucrado en la problemática y por tanto “hace lo que quiere, nos está volviendo la vida imposible”. ..Es por esto que el sindicato ha hecho trabajos arduos políticamente como concienciar a la gente para no votar por el referendo, y como ir de casa en casa, barrio por barrio diciendo y explicándole a la gente por qué no debería ser reelegido”.

### **CALIFICACION: 3**

#### **Conclusiones**

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental cuya garantía debe estar a cargo del Estado colombiano de acuerdo con la Constitución Nacional de Colombia de 1991, sin embargo el análisis del entorno en el cual se aplica este principio muestra que ha sido alterado por la institucionalidad de la privatización donde se rige por las leyes del mercado de tal suerte que las organizaciones y los roles de sus representantes no siguen los valores y normas que le dieron originalmente vigencia al disfrute de este derecho.

La ley 100 de 1993 o de reforma a la seguridad social en salud inició un proceso de reforma, liquidación y privatización del servicio de salud en Colombia. Durante todo

este proceso que dura 25 años, se va desconfigurando el planteamiento inicial de la Constitución Política de Colombia y actualmente, ni el Estado colombiano ni la débil sociedad civil van a ser responsables de los problemas de salud de su población pues ya no es entendida como un derecho social.

El modelo de salud subsidiado adoptado por medio de la ley 100 de 1993, no logró superar los problemas de exclusión, inequidad y limitada cobertura que tradicionalmente caracterizó a la salud en Colombia. Independientemente del modelo que haya asumido, debería estar en condiciones de garantizar el pleno derecho a la salud de la población, sin embargo se constata que luego de 25 años de aplicación del modelo, hay unos 12 millones de colombianos que no aportan a ninguna empresa promotora de salud EPS, o sea que son los excluidos de la cobertura en salud.

Dado que el servicio de salud subsidiado, adolece de limitaciones en calidad, cumplimiento y medicamentos, y que paralelamente no existe un mecanismo de presión masiva para la exigencia de los derechos ciudadanos, la alternativa de los afectados por las insuficiencias en el servicio es acudir a la llamada “acción de tutela” como el mecanismo judicial que permite enfrentar las dificultades para el acceso a un derecho fundamental y de dignidad humana.

Durante estos 25 años no ha habido avances significativos en relación a los indicadores de salud pública: hay una disminución de coberturas en vacunación, recrudecimiento de enfermedades otrora prácticamente desaparecidas como el dengue, la malaria y la tuberculosis. Hay un notable crecimiento de la infección por VIH-SIDA, y aumento de mortalidad por causas evitables. No hay que olvidar también que la violencia constituye el principal problema de salud del país. En esta medida vale hacer mención de que la salud integral no solo es su aspecto físico sino social, cultural y psicológico, y la situación es más precaria aún si se tiene en cuenta que Colombia, ocupa actualmente el triste primer lugar en el mundo por desplazamiento, y que las altas tasas de homicidios y/o mortalidad por situaciones violentas representan un serio problema de salud del país.

Vale recordar que Colombia es un país con una débil “institucionalización de la sociedad civil” según la expresión de Daniel Pecaut. Un país donde hay un estrecho traslape entre los poderes del estado y el poder económico y político de sectores emergentes vinculados a la llamada “parapolítica” que han sumido al país en una crisis de legitimidad que aún continúa persistiendo, al tiempo que el conflicto armado endémico es utilizado como pretexto para descalificar cualquier reivindicación social.

Con base en las anteriores consideraciones se puede concluir que las organizaciones de la seguridad social en salud pública no han correspondido de manera fundamental a los originales códigos institucionales y valores con los cuales ha sido

estructurada y recreada como son: universalidad, calidad y eficiencia. Por lo tanto, se puede establecer que no ha sido suficiente su contribución al mejoramiento de la salud de la población colombiana especialmente a la salud subsidiada.

### **Bibliografía**

Arévalo Decsi, Ciro Estefanía y Gutiérrez María Teresa, “Contribuciones de la historiografía al estudio de la protección social en Colombia. Invitación a un diálogo interdisciplinario. *Crecimiento, Equidad y Ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social . Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá 2006, p.178-196.

Escobar, Jaime, “Dilemas éticos contemporáneos en salud” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*, Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2004, p. 89- 105

Echeverri López, María Esperanza, “La situación de salud en Colombia” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*, Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2004,p.345-370.

Gaviria, Carlos, “El derecho a la salud en el derecho constitucional colombiano” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*, Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2004,p. 305-314

Giraldo César, “La protección social en Colombia” *Crecimiento, Equidad y Ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social . Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, Centro de Investigaciones para

el Desarrollo, CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá 2006, p. 349-400.

Hernández,Diego, “La universalidad como fundamento para el diseño de la política social”, *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social. Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, CID, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, p. 723-746.

Hernández Mario y Obregón, Diana, “La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. 100 Años de Historia:1902-2002, Bogotá, 2002

Le Bonniec, Ives, Colombia:una apuesta aún incierta”, *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Colección Estudios sobre protección social. Tomo 1, CID, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, 158-176

Lo Vuolo, Rubén, “La protección social en América latina: los límites de la revisión ortodoxa y las propuestas alternativas”, *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social. Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, CID, Universidad nacional de Colombia, sede Bogotá, p. 693-720

Martínez Martín, Félix León, “¿Subsidios o seguridad social?. El no pago de la porción social del salario”, *Crecimiento, Equidad y Ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social . Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá 2006, p.413-439.

Ramírez Moreno, Jaime y Melo Martínez Carlos, “Lecciones de 10 años de Reforma de Salud en Colombia” Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo para la Reforma de la salud PARS, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, Bogotá, 2002.

Rodríguez Salazar, Oscar, “Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad, *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social. Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, CID, Universidad nacional de Colombia, sede Bogotá, p.197-281.

Rodríguez Salazar, Oscar “Avatares de la Reforma del Sistema de Seguridad Social, ley 100 de 1993” en *Sistema de protección Social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad Social*. Colección Estudios sobre protección social, Tomo 1, CID, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2005,p 177- 231.

Ruiz, Isabel cristina, “Salud en calidad de vida: un enfoque innovador” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*” Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2004,p. 239-256.

Paredes, Natalia “La garantía del derecho a la salud en Colombia, a la luz del derecho internacional de los derechos humanos” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*, Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2005, p. 287- 312.

Portes, Alejandro, “Institutions and Development: A Conceptual Re-Analysis, Revised versión of a paper presented at the conference on Economic Sociology, Washington, DC, March19,2005.

Vega Romero, Román, “Dilemas éticos contemporáneos en salud” *La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos*, Memorias Cátedra Manuel Ancizar- I Semestre 2002, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, 2005, p.49-74.

Vivas garcía, Julián Augusto, “La capacidad hospitalaria en Colombia. Aspectos de su historia en el siglo veinte. *Crecimiento, Equidad y Ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colección Estudios sobre protección social . Tomo 2, Alcaldía Mayor de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá 2006, p. 323-345