

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE HAN INCIDIDO EN LA CRISIS DE
LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CALI Y EN EL BUEN DESARROLLO DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA**

LILIANA RODRIGUEZ SILVA
FERNANDO SANTACRUZ HOWARD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
SANTIAGO DE CALI
2005

**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE HAN INCIDIDO EN LA CRISIS DE
LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CALI Y EN EL BUEN DESARROLLO DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA**

LILIANA RODRIGUEZ SILVA
FERNANDO SANTACRUZ HOWARD

Trabajo de Grado para optar al título de
Comunicador Social y Periodista

Director
GERMÁN AYALA OSORIO
Docente de la Facultad de Comunicación Social
de la Universidad Autónoma de Occidente

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
SANTIAGO DE CALI
2005

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	8
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.1 OBJETIVOS	13
1.2 OBJETIVO GENERAL	13
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	14
2. MARCOS DE REFERENCIA	15
2.1 MARCO CONTEXTUAL	15
2.2 MARCO TEÓRICO	15
2.2.1 Modelos de desarrollo Estado-Nación	16
2.2.1.1 El Estado de Bienestar, contexto económico, político y social	16
2.2.1.2 El Estado Neoliberal y el Consenso de Washington, contexto político, económico y social	17

2.2.1.3 El Estado Social de Derecho y la Constitución Política de 1991, contexto político, económico y social	19
2.3 MARCO CONCEPTUAL	25
2.3.1 Modelos de Estado-Nación	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO	26
3.1.1 Clasificación de la investigación	26
3.1.2 Tipo de investigación	26
3.2 INSTRUMENTOS	27
3.3 PROCEDIMIENTO	29
4. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	30
4.1. EL ESTADO DE BIENESTAR Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	30
4.1.1 Estado Cepalino	34
4.1.2 Cambios del proyecto de Estado-Nación Cepalino	35
4.2. EL CONSENSO DE WASHINGTON DE 1989 Y SU RELACIÓN DIRECTA CON LA LEY 100 DE 1993	37

4.3. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 Y LA LEY 100 DE 1993	38
5. HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE CALI Y LAS IMPLICACIONES DE LA LEY 100 DE 1993	50
5.1 HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO	50
5.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	54
5.3 INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	55
6. INSTITUCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	57
6.1 PERSONERÍA MUNICIPAL	57
6.2 CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	57
6.3 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	58
7. CONCLUSIONES	63
7.1 REFLEXIONES ALREDEDOR DE LO “NOTICIOSO”	67
7.2 DESMONTE PROGRESIVO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA	67
BIBLIOGRAFÍA	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cronograma de entrevistas	27
Tabla 2. Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud	48
Tabla 3. Déficit financiero del hospital Mario Correa Rengifo	52

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama del Sistema General de Seguridad Social en Salud	47

GLOSARIO

A.R.S: administradora del Régimen Subsidiado. Las A.R.S están en la obligación de contratar el 40% con las entidades públicas y el 60% con las entidades privadas y son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, y del recaudo de sus cotizaciones (...). Su función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del P.O.S (Plan Obligatorio de Salud).

CCF: cajas de Compensación Familiar

E.P.S: entidad Promotora de Salud. Las E.P.S son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, y del recaudo de sus cotizaciones (...). Su función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del P.O.S (Plan Obligatorio de Salud).

ESE: empresa Social del Estado

ESS: empresa Solidaria de Salud

I.P.S: instituciones Prestadoras de Servicios que pueden ser de carácter público o privado.

P.O.S: el Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de servicios básicos que deben garantizar las EPS a sus afiliados a través de su red de servicios propia o contratada. En el régimen contributivo el (POS-C) comprende acciones de promoción, prevención y educación en salud, urgencias de cualquier orden, consulta médica general y especializada en cualquiera de las áreas de la medicina, exámenes de laboratorio y rayos X, consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis), hospitalización y cirugía en todos los casos en que se requiera, consulta médica en psicología, optometría y terapias, medicamentos esenciales en su denominación genérica, atención integral durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia y al recién nacido y atención de enfermedades catastróficas.

En el régimen subsidiado el (POS-S), es más limitado que en el contributivo, especialmente en los servicios de salud especializados, aunque se considera más amplio en la atención a enfermedades de alto costo pues no requiere tiempo de cotización.

UPC: la UPC es el valor del plan de servicios que se les reconoce a las ARS y EPS por cada afiliado.

RESUMEN

En este ensayo se busca establecer cuáles fueron los factores que incidieron en la crisis de los hospitales públicos de la ciudad de Cali, Mario Correa Rengifo y Hospital Universitario del Valle y su relación directa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se presentan cuáles fueron las fuerzas económicas, políticas y sociales que impulsaron desde 1949 la aparición de la Seguridad Social en Salud en Colombia, y posteriormente convergieron en la creación del Sistema Nacional de Salud de 1975; cuáles fueron las fuerzas supranacionales que impulsaron la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en 1993; además se establece el choque de dos proyectos de Estado-Nación a partir de 1991, el Estado Neoliberal y el Estado Social de Derecho.

Con el propósito de generar una opinión pública bien informada, contextualizada y soberana, el siguiente ensayo pretende dar a entender cuál es el proyecto de Estado-Nación al que está ligado la aprobación de la Ley 100 de 1993 en salud, y por consecuencia cuáles fueron los factores que incidieron en la crisis de los hospitales públicos de la ciudad de Cali.

INTRODUCCIÓN

Tras 10 años de aplicación, desde su entrada en vigencia en el año 1994 hasta 2004, la Ley 100 ha recibido decenas de críticas que indican que dicho marco legal sostiene una inadecuada reforma al sector salud. Estos cambios indujeron a los hospitales públicos a la crisis financiera y de atención en la que actualmente se encuentran.

Detractores y defensores de la Ley 100 se culpan mutuamente de la crisis del sector salud, a lo que se suman los señalamientos a gobernadores, alcaldes, secretarios departamentales y municipales de salud, que no aplicaron bien la instrumentación requerida de la reforma. Otros aseguran que la crisis se debe a maniobras políticas indebidas, a la incidencia dañina de los sindicatos y a prácticas politiqueras (corrupción).

Desde la otra esquina, sus defensores dicen que la crisis financiera y hospitalaria de las entidades públicas ya venía mal desde antes de la promulgación de la Ley 100.

Lo anterior ha quedado registrado en informes de prensa tanto escrita como televisiva, que sólo se quedan en el ámbito de lo noticioso y no permiten desarrollar análisis y tratamientos periodísticos que identifiquen las causas de la crisis de los hospitales públicos, así como una exploración histórica, política, económica y social más profunda del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al estar los medios de comunicación sujetos a la lógica de la inmediatez, es decir, al cubrimiento de un hecho de acuerdo con la espectacularidad del mismo, la comprensión en contexto de lo que ha sucedido con la implementación de este marco legal queda en un segundo término para los medios dado que una investigación demanda mucho tiempo.

Los medios masivos de comunicación cubren noticias como “paros cívicos” o “protestas de trabajadores de la salud”, dado que ellos suponen una alteración del orden público. Pero los periodistas que cubren estos hechos al parecer no se preguntan qué hay detrás de su manifestación, por qué la hacen, desde cuándo viene sucediendo esta situación y qué elementos la han precipitado, y muchas más preguntas que surgen alrededor. Finalmente, cuál es el trasfondo de la situación.

Y así parece reconocerlo la Revista Semana en su edición 1.125 de 2003 al sostener que hacer “un análisis de la Ley 100 de 1993, de su impacto, requeriría decenas de páginas y complejos estudios, muchos de los cuales aún no se han hecho”.

En este sentido, para clarificar e identificar cuáles son las causas de la crisis de los hospitales públicos hay que realizar una exhaustiva investigación mediante las herramientas teóricas que aporta el periodismo y que se inscriben en el campo del *periodismo investigativo*. Lo que se busca es que dichas herramientas y la investigación misma, permitan brindar elementos de juicio a la opinión pública sobre esta problemática.

En esa línea, buscamos caracterizar los factores que han incidido en la crisis actual de los hospitales públicos de Cali y las fallas en el buen funcionamiento y articulación del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que han incidido en la crisis actual de los hospitales públicos de Cali y las fallas en el buen funcionamiento y articulación del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia?

1.1 OBJETIVOS

1.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son los factores que han incidido en la crisis actual de los hospitales públicos en Cali y en el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer cuáles fueron las fuerzas ideológicas, políticas, económicas y sociales que impulsaron la creación del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Describir e identificar el marco social, político, económico e ideológico en el cual se desarrolló la crisis pública hospitalaria en la ciudad de Cali.

Analizar las diferentes instituciones prestadoras de salud de Cali, que han padecido la crisis hospitalaria desde la implementación de la Ley 100 de 1993.

Investigar sobre las instituciones cuya función es vigilar y controlar el buen funcionamiento de la Ley 100 de 1993 y el desempeño que éstas han obtenido desde su implementación.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación sobre la crisis de los hospitales públicos en Cali, que involucra el análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reviste especial importancia porque el estudio está dirigido a aportar elementos de juicio y a identificar cuáles son los principales factores que han incidido en dicha crisis con la intención de brindar, desde el ejercicio periodístico, información, criterios y contexto de esta problemática.

Por tratarse de un asunto público de directa repercusión en la calidad de vida de los caleños y en general de la población colombiana, su abordaje resulta clave desde la perspectiva periodística como quiera que su naturaleza, aplicación, conceptualización, metodologías e interés, hacen parte de la formación universitaria de periodistas.

Esta investigación es necesaria si aceptamos que su dimensión social, económica y política resulta de especial interés periodístico, dado que se ponen en evidencia principios como la proximidad, el alto número de individuos involucrados y la trascendencia en amplios sectores sociales de la sociedad colombiana, que para el periodismo son de especial interés.

El trabajo académico y periodístico debe servir para explicar fenómenos, hechos y circunstancias que, como la crisis de la salud pública en Colombia, resulta traumático dado que la transición de “paciente a cliente”, cambia no sólo las relaciones tradicionales entre “enfermo – médico”, sino que afecta la calidad de vida de millones de colombianos.

Como Comunicadores Sociales de la Universidad Autónoma de Occidente, no sólo pretendemos evaluar y diagnosticar un fenómeno social como la crisis de los hospitales públicos y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que nuestra investigación busca brindar bases de consulta sobre este tema, con el objetivo de aportar a la consolidación de una opinión pública bien informada.

2. MARCOS DE REFERENCIA

2.1 MARCO CONTEXTUAL

El espacio en el que se desarrollará la investigación comprende la ciudad de Santiago de Cali, en la que están ubicadas tres de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) más importantes que son: Hospital Mario Correa Rengifo, Hospital Universitario del Valle y el Instituto de Seguros Sociales. Estas tres IPS públicas atienden a personas de estratos 0, 1, 2, y 3, constituyéndose en pilares básicos para la seguridad social del orden municipal.

Esta investigación, que busca identificar los factores que han incidido en la crisis financiera y de capacidad resolutive que padecen los hospitales públicos de la ciudad de Cali y las fallas en la articulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se inició en el mes de diciembre de 2003 hasta el mes de diciembre de 2004.

2.2 MARCO TEÓRICO

Analizar e identificar la crisis de los hospitales públicos de la ciudad de Cali y las fallas del Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere establecer un marco teórico que permita dilucidar el contexto político, histórico y económico, los modelos de desarrollo Estado-Nación y las fuerzas ideológicas que hacen posible su gestación y la forma como se implementó la Ley 100 de 1993 en salud.

Alejados de la lógica de la inmediatez y la espectacularidad de lo noticioso que llevan consigo los diferentes medios masivos de comunicación, y por los que a diario nos “informamos” sobre este tema, analizaremos los modelos de desarrollo, representados en los diferentes proyectos de Estado-Nación que se han intentado implementar en Colombia sin mucho éxito al punto que ninguno ha logrado consolidarse, pero que han determinado la aparición y la forma del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

También analizaremos las fuerzas ideológicas que están constantemente en pugna y que impulsan cambios en la concepción, organización, objetivos y funciones del Estado.

2.2.1 Modelos de desarrollo Estado-Nación

2.2.1.1 El Estado de Bienestar, contexto económico, político y social. El Estado de Bienestar surge como una propuesta de modelo de desarrollo, político, económico y social, que se logra establecer con plenitud en la Europa Occidental, específicamente en la época que el historiador Eric Hobsbawm ha catalogado como la edad de oro, que comprende su iniciación en el año de 1946 hasta 1973-1975.

Durante la edad de oro se desarrolló en occidente un intento por subordinar el trabajo, de desarrollar un nuevo capitalismo que dependía mucho del uso y expansión del crédito para evitar y controlar el proceso de crisis que se había manifestado en los años treinta con la Gran Depresión. Con la implementación de las políticas económicas llamadas keynesianas, se genera una cierta explosión del gasto público, especialmente del gasto social: educación, salud, vivienda, jubilaciones, pensiones y prestaciones de desempleo¹.

Es conveniente subrayar que el Estado de Bienestar es un proceso que ha abandonado en la práctica algunos elementos de la teoría liberal del Estado. En efecto, el Estado ha dejado de ser “no intervencionista” y se ha considerado que era responsabilidad suya conseguir una situación de pleno empleo, un sistema de seguridad social que cubriera la totalidad de la población².

Este tipo de Estado asumía la obligación de suministrar asistencia y apoyo aquellos que sufrieran necesidades y reconocía formalmente el papel de los sindicatos en la negociación colectiva y en la formación de los planes públicos.

En Colombia no hubo dicho Estado de Bienestar que se dio en Norteamérica y Europa desde la segunda posguerra, aunque algunos gobiernos se preocuparon por ser asistencialistas y generar una situación estable de seguridad social. Sin embargo, bajo esta concepción del Estado de Bienestar, se va a construir el Sistema de Seguridad Social en Colombia, que se erige a partir de la confluencia y síntesis de estos dos modelos de desarrollo:

- Modelo de Bismarck
- Modelo de Beveridge

¹ SAENZ, Juan Manuel. La Crisis del Estado de Bienestar y la Modernidad Reflexiva. [en línea] Argentina, marzo. 2004. [Consultado: 14, 03, 2005]. Disponible en Internet: <http://www.info-txt.com.ar/trabajos.php?load=10/finalx/finalx.shtml>.

² Ibid., <http://www.info-txt.com.ar/trabajos.php?load=10/finalx/finalx.shtml>.

A partir de 1975 cuando se promovió el Sistema Nacional de Salud, empezó a generarse una desconcentración de las instituciones públicas y posteriormente con la Ley 10 de 1990 se concretaron los mecanismos de descentralización del sector salud teniendo como célula principal el municipio. Los hospitales comenzaron a convertirse en entidades descentralizadas en donde manejaban sus aportes y sus mecanismos administrativos. La Ley 100 consolidó esos procesos de descentralización a través de la figura de Empresa Social del Estado.

2.2.1.2 El Estado Neoliberal y el Consenso de Washington, contexto político, económico y social. A partir de 1980, la asistencia del Estado por asumir un modelo parecido al del Estado de Bienestar comienza decaer, y se inicia un declive sin retroceso. Las fuerzas económicas supranacionales en el campo económico y político, Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial, intentan retomar el Estado Liberal, imperante en la Época de la Gran Depresión bajo un nuevo nombre: modelo neoliberal o nuevo liberalismo, modelo de desarrollo que busca profundizar las políticas económicas liberales.

Al mismo tiempo, ocurre en América Latina un hecho histórico que tendrá una incidencia determinante y que marcará nuevos derroteros en la conformación del Estado-Nación en Colombia y en América Latina, es la crisis de los años 80 (conocida como la década pérdida, la cual no fue pagada precisamente por los sectores más pudientes de la sociedad), hecho que implicó la renegociación de la deuda externa, el cumplimiento de una serie de políticas estatales que garantizarán unas metas tanto en lo político como el económico.

Las medidas de modernización del Estado y las políticas de estabilización macroeconómica y ajuste estructural obedecen a estas metas en las que se conjugan el afán por corregir los errores del modelo ISI³, introducido en América Latina por la CEPAL, y garantizar la estabilidad económica necesaria con las presiones y lineamientos del FMI y el Banco Mundial⁴.

Al final de la década de los 80 se realizaron una serie de pautas establecidas por Estados Unidos y los organismos económicos internacionales cooptados por este país, que recibió el nombre de: El Consenso de Washington de 1989. Allí se plantean 10 instrumentos de política para llevar adelante el objetivo de un sistema

³ En las crisis de las posguerras, América Latina, se vio obligada a desarrollar un modelo económico que apuntara a resolver sus requerimientos en bienes manufacturados y permitiera una mejor inserción en el mercado internacional, así nació el modelo ISI (Industrialización por Sustitución de Importaciones) con el que se buscaba mediante la fabricación local de las manufacturas requeridas, sustituir las importaciones y a la vez desarrollar la industria nacional. **DE CURREA-LUGO, HERNANDET** Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227.

⁴ Ibid., p 211.

capitalista mundial basado en la libertad del mercado para operar, donde predominan los más "aptos", en una especie de "darwinismo social", donde la vida social se concibe gobernada por las leyes de la competencia y del conflicto, llevando a una selección natural de la supervivencia del más apto y a la eliminación del más débil.⁵

El denominado "consenso" en realidad, fue un documento adoptado a partir de una reunión realizada en Washington en 1989, entre académicos y economistas norteamericanos, funcionarios de gobierno de ese país y funcionarios del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. En realidad, no fue un consenso de la "comunidad internacional" en un debate amplio sobre las necesidades y las opciones para reducir la pobreza, brindar acceso a la salud para las comunidades más pobres, y mucho menos para insertar en el mercado global bajo igualdad de condiciones a las economías latinoamericanas.

De esa reunión denominada "consenso" surgieron los diez puntos del Consenso de Washington para Latinoamérica:

- Establecer una disciplina fiscal
- Priorizar el gasto público en educación y salud
- Llevar a cabo una reforma tributaria
- Establecer tasas de interés positivas determinadas por el mercado
- Lograr tipos de cambio competitivos
- Desarrollar políticas comerciales liberales
- Una mayor apertura a la inversión extranjera
- Privatizar las empresas públicas
- Llevar a cabo una profunda desregulación
- Garantizar la protección a la propiedad privada

Con estas disposiciones normativas el sector público colombiano se vio obligado a realizar una serie de cambios, impulsado por fuerzas económicas y políticas extranjeras en la mayoría de sus instituciones estatales para cumplir con lo estipulado en el decálogo del Consenso de Washington, dirigido a establecer un Estado pequeño y eficiente, administrado bajo el modelo neoliberal.

Durante el VI Encuentro Internacional de Economistas efectuado en la Habana (Cuba) en el 2004, se realizó un balance de los alcances obtenidos hasta el momento del decálogo del Consenso de Washington. El premio Nobel de economía de la más clara escuela neoclásica y librecambista, el profesor James

⁵ **PEDRAZA**, Dallanegra Luis. El Consenso de Washington de 1989. [en línea]. Buenos Aires, Argentina: 2003. [citado: 25, 11, 2004]. Disponible en internet: <http://www.geocities.com/luisdallanegra/Amlat/conswash.htm>.

Heckman de la Universidad de Chicago, defendió con pasión y entusiasmo la apertura, la supremacía de los más fuertes y la flexibilización del mercado laboral, ante un foro de casi 1500 economistas de los cuales el 99% rechazaban la globalización neoliberal precisamente porque perjudicó a los más pobres⁶.

El “padre intelectual” del Consenso de Washington, Jhon Williams, quien no sólo defendió sin arrepentirse el decálogo de políticas del Consenso, afirmó además que los malos resultados en los países latinoamericanos se debieron a que no aplicaron bien las reformas, y por lo tanto, lo que se requiere es profundizar en ellas y liberar más las economías⁷.

Bajo esta ideología simplista y dogmática, el Sistema Nacional de Salud colombiano tuvo que desarrollar una serie de cambios estructurales muchos de ellos radicales, bajo circunstancias desfavorables que a lo largo de este ensayo vamos a dilucidar, dirigidas a transformar su organización, administración y amoldarse a una nueva forma de autofinanciación. De ahí que, la aprobación de la Ley 100 de 1993⁸, está proyectada a cumplir con varias de estas disposiciones, dándose así la fundación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año de 1994, que reestructura y modifica el Sistema Nacional de Salud organizado en 1974 bajo el gobierno del Presidente Misael Pastrana Borrero, centrado en el subsidio a la oferta.

2.2.1.3 El Estado Social de Derecho y la Constitución Política de 1991, contexto político, económico y social. En el artículo primero de la Constitución Política de 1991 se dice que:

Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general

Antes de entrar a analizar la importancia de nuestra Carta Magna que establece en el territorio colombiano el Estado Social de Derecho, (el cual desde su inicio va estar en constante pugna con las fuerzas ideológicas del Consenso de Washington que proponen la implantación del Estado Neoliberal para Colombia, dándose lo que podríamos llamar un “choque de trenes”) vamos a conocer como

⁶ **CABRERA**, Mauricio. Aquelarre de economistas. En El País, Cali [en línea] (15. Febrero. 2004). Opinión. [citado: 01-03-2004] Disponible en Internet: <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/feb152004/OPN/op4.html>.

⁷ Ibid., <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/feb152004/OPN/op4.html>.

⁸ Los dos ponentes del proyecto que posteriormente aprobó el Congreso de la República y que se convirtió en la Ley 100 de 1993 para la creación del SGSSS fueron Fernando Botero y el actual Presidente de la República de Colombia, Álvaro Uribe Vélez.

surge y cuáles son sus objetivos, fuerzas políticas, económicas y sociales que impulsan su creación, además del contexto histórico de cada una, porque el nacimiento del Estado Social de Derecho es el resultado de la convergencia de varios factores que, en orden cronológico, fueron los siguientes: las luchas de la clase trabajadora, el Estado Socialista Marxista, La crisis económica del capitalismo de 1929 y los partidos social demócratas.⁹

Las luchas de la clase trabajadora: como consecuencia de la convergencia de la ideología liberal-capitalista y de la primera Revolución Industrial, surgió un nuevo tipo de trabajador, el obrero industrial y una nueva clase trabajadora, el proletariado así denominado por Marx, el cual, debido sobre todo a la aplicación de los principios económicos y políticos del liberalismo, fue objeto de una superexplotación, que en muchos casos llegó a situaciones peores que la de la misma esclavitud.

Esta situación trajo como consecuencia las luchas de la clase trabajadora y de otros movimientos políticos que cuestionaron fuertemente al sistema capitalista y al Estado Liberal de Derecho, al cual se le fueron introduciendo cambios que culminaron con el surgimiento de dos nuevos tipos o formas de Estado: El Estado Socialista Marxista y el Estado Social de Derecho¹⁰.

2.2.1.3.1 El Estado Socialista Marxista. Aparte del movimiento obrero la situación de pobreza, miseria y explotación generó un conjunto de críticas, principalmente por parte de Karl Marx y Federico Engels que en 1848 publicaron el "Manifiesto Comunista" que planteó la inevitabilidad de la sociedad socialista como fase de tránsito hacia la sociedad comunista.

Estas ideas socialistas lograron materializarse con el triunfo de Lenin y Trotsky en Rusia, con la Revolución de Abril de 1917 que implantaron la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, URSS y un nuevo tipo de Estado: el Estado Socialista, que le atribuye al Estado las funciones más importantes de la sociedad y cuya sola existencia significaba, en sí mismo, una crítica al Estado Liberal de tipo Capitalista.¹¹

Es decir, a partir de 1917 se inició una lucha por la hegemonía mundial entre los dos tipos de Estado, lucha que pasó por varias fases. Los primeros "rounds" los ganó el sistema socialista, que con el apoyo de la URSS se fue expandiendo progresivamente por el mundo. Primero, inmediatamente después de la Segunda

⁹ **DURÁN**, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado:12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

¹⁰ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

¹¹ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

Guerra Mundial, en Europa del Este (Alemania Oriental, Polonia, Checoslovaquia, Hungría, Yugoslavia, etc.); después en China con Mao Tse Tung (1949); después en otros países de África, (Angola, Mozambique, etc.), de Asia (Corea del Norte, Vietnam del Norte, Laos-Camboya, etc.) y de América Latina, Cuba en 1959.¹²

Esta lucha entre los dos sistemas terminó, si se puede decir así, en 1989, con el "derrumbe del Muro de Berlín", pero lo que no se puede negar es que la existencia de este tipo de Estado fue uno de los factores que contribuyeron a la reforma del Estado Liberal Burgués y a la transformación de este, en mayor o menor medida, en Estado Social de Derecho¹³.

En Alemania, en el año de 1919, se aprobó la Constitución de Weimar que estableció la obligación del Estado de realizar acciones positivas para darle satisfacción y cumplimiento a los derechos sociales.

2.2.1.3.2 La Crisis Económica del Capitalismo de 1929. Este es otro de los factores que influyeron en el nacimiento del moderno Estado Social de Derecho. Las crisis cíclicas del sistema capitalista son quizás uno de los aspectos más estudiados por K. Marx, el cual afirma que el capitalismo pasa por fases cíclicas de expansión-depresión. En el siglo XX hubo dos grandes crisis del sistema capitalista en el ámbito mundial: El "crack" de 1929 que justamente dio paso primero al New Deal de Roosevelt, al "Estado de Bienestar" (Welfare State) y al Estado Social de Derecho y la crisis de 1970, que paradójicamente dio origen al neoliberalismo, que está desmontando el Estado Social de Derecho. Esta segunda crisis del capitalismo en el siglo XX la analizaremos más adelante, cuando hablemos de los Planes de Ajuste Estructural.¹⁴

El "crack" de 1929 trajo como consecuencias la súbita y brusca baja de las acciones, estrepitosas quiebras, el descenso crítico de la producción industrial y sobre todo el crecimiento espantoso del desempleo y de la miseria no solo en los EEUU, sino en la mayor parte del mundo.

De esta crisis de 1929 surgió una nueva concepción del Estado: la visión del Estado del New Deal (Nuevo Trato), que fue implantado en Estados Unidos por el Presidente Roosevelt, por orientación y asesoría del economista inglés Keynes, premio Nobel en economía, que en 1926, en un libro denominado "El fin del dejar hacer" (The end of the *laissez faire*), afirmaba que "Los principales defectos de la

¹² Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

¹³ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

¹⁴ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

sociedad en que vivimos son su incapacidad para proporcionar pleno empleo y su arbitraria y desigual distribución de las riquezas y de las rentas".¹⁵

Y para corregir esto, en su libro "Teoría General del Empleo, del Interés y de la Moneda", propuso un papel más activo por parte del Estado, convirtiendo a éste en un ente generador de empleos a través de grandes inversiones públicas y además haciéndolo un agente protagónico en el proceso de redistribución de las rentas, a través de los impuestos progresivos¹⁶.

Con estas política del New Deal en los Estados Unidos, se dio inicio a lo que después se denominó "economía mixta", es decir, a economías nacionales basadas en la combinación o coexistencia de dos tipos de agentes económicos: la iniciativa privada y el Estado Nacional. En América Latina, como lo veremos más adelante, a esta economía mixta también se le llamó "capitalismo de Estado".¹⁷

"El New Deal del Presidente Roosevelt (1933-38) constituye el primer ensayo histórico exitoso en el desarrollo del Welfare State. En efecto, Keynes demostró objetivamente que el capitalismo no podría sobrevivir si seguía orientándose por los mecanismos automáticos del mercado, tal como lo prescribía la teoría clásica." Allan Brewer Carías¹⁸.

2.2.1.3.3 Los Partidos Social Demócratas. Este es otro de los factores que contribuyeron en forma determinante a la gestación del Estado Social de Derecho. Con motivo de las disputas internas entre Lenin y Kautsky principalmente, Lenin divide el movimiento socialista al crear la III Internacional en el año 1919, con el propósito de promover la revolución mundial. La consecuencia fue la creación de dos vertientes en el movimiento socialista: la vertiente socialdemócrata (antigua II Internacional) y la vertiente comunista (la III Internacional).

Según R. Garzaro (Diccionario Político)¹⁹:

La socialdemocracia abandona la vía revolucionaria y se convierte en reformista. Teóricamente conserva varios puntos del socialismo revolucionario, pero prácticamente los abandona, tales como la interpretación económica del Estado, la lucha de clases, la dictadura del proletariado, la

¹⁵ DURAN, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado:12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

¹⁶ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

¹⁷ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

¹⁸ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

¹⁹ Ibid., <http://utal.org/movimiento/11c.htm>

abolición de la propiedad privada de los medios de producción, la desaparición del Estado. En resumen, la socialdemocracia conserva del socialismo marxista los programas amplios de beneficio social, pero mantiene la esencia del capitalismo.

R. Conbellas, por su parte, afirma: "En efecto, la socialdemocracia adopta una visión positiva del Estado para alcanzar el poder, lo cual implica: en primer lugar, el reconocimiento del Estado como instrumento adecuado para realizar la reforma social."

La concepción del Estado de la socialdemocracia es la de promotor del desarrollo y su programa plantea la lucha por construir sociedades donde haya democracia política y democracia económica, desarrollar y extender la propiedad pública, sobre todo en las áreas o sectores estratégicos y desarrollar formas de propiedad social tales como cooperativas de producción y de consumo.

Es la reconstrucción de Europa Occidental después de la Segunda Guerra Mundial la que da la oportunidad a los Partidos Socialdemócratas y Demócrata Cristianos de aplicar su visión y concepción del Estado: El Estado de Bienestar.

Como ya se señaló antes, el Estado de Bienestar dio sus primeros pasos en la Alemania de Bismarck, continuó en Inglaterra después de la Primera Guerra Mundial con las leyes sociales de Lord Beveridge, le siguió el Estado del "New Deal" en 1929 en USA y de alguna manera se consolidó con los partidos socialdemócratas cuando asumieron el poder en la mayoría de los países de Europa Occidental, después de la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, en algo están de acuerdo todos los autores: el concepto de Welfare State comienza a adquirir relevancia en los países en proceso de industrialización en Europa y Norteamérica, desde el momento en que el Estado comienza decididamente a intervenir en la sociedad a fin de corregir, tanto los desajustes económicos como las desigualdades sociales producidos por el capitalismo. Las siguientes medidas contribuyeron a la consolidación del concepto:

- El perfeccionamiento de los sistemas de seguridad social
- El desarrollo de la tributación progresiva.
- La asunción de políticas fiscales y monetarias (acordes al modelo keynesiano).

El Estado de Bienestar es un concepto definido de política económica y social, delimitado por notas económicas y sociales. El Estado Social de Derecho, por el contrario, es un concepto más amplio al integrar en su seno aspectos políticos, ideológicos y jurídicos.

Como dice Brewer Carías:

El Estado de Bienestar es una política que emprende el Estado enfrentando una situación de crisis. El Estado aparece como la única institución capaz de establecer los correctivos necesarios para salvar al capitalismo de sus agudas crisis. El Estado Social de Derecho es un concepto elaborado conscientemente, pues persigue dar una dirección racional al proceso histórico; programático, al implicar un programa de acción; y proyectivo, en la medida que intenta guiar al Estado, anteponiéndose y moldeando a los acontecimientos, en atención a una estrategia construida en función de la realización de valores²⁰.

El Estado Social de Derecho asocia en los textos constitucionales, los derechos fundamentales individuales, herencia del liberalismo, con los derechos económicos y sociales. Estos derechos fundamentales económicos y sociales se convierten, de alguna manera, en programas de acción. De ahí que, los artículos 48 y 49 de la Constitución Política declaren como derecho de todo colombiano el acceso a la seguridad social incluyendo el campo de la salud.

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.²¹ La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud²².

Además la Constitución Política de 1991 desarrolla una gran gama de principios desde la noción de dignidad humana y cuya interpretación busca concordar con los pactos internacionales en materia de derechos humanos como el Protocolo de San Salvador y efectuar las disposiciones de las Naciones Unidas en “el cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”²³.

²⁰ **DURÁN**, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado:12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

²¹ Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.

²² Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

²³ **DE CURREA-LUGO, HERNANDET** Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227..

Por eso es justo señalar que la Corte Constitucional cometió un error muy grave al permitir la creación de dos planes de servicios, categorizando de esta manera a la población colombiana. El artículo 48 de la Constitución Política afirma que el servicio en salud “se prestará bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Por ende, el principio de universalidad que es “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida”, se vulnera rotundamente, pues no se pueden desarrollar ofertas de servicios o planes de salud que estén basados en algún tipo de discriminación: posición económica o poder adquisitivo.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

La elaboración del marco conceptual proviene del marco teórico anteriormente presentado, y será a través de un eje conceptual que desglosaremos a continuación sobre los cuales girará la investigación.

2.3.1 Modelos de Estado-Nación. Los modelos de Estado-Nación determinan las responsabilidades del Estado, sus formas de actuación y representación política. Así mismo implícitamente implica la implementación de un modelo económico y un marco político bajo los cuales se llevarán a cabo las funciones estatales referentes a vivienda, recreación, educación, seguridad y salud. De ahí que analizaremos cronológicamente los siguientes modelos de Estados-Nación y las fuerzas ideológicas que impulsan su surgimiento y su forma de actuación:

- Estado de Bienestar en Europa y Norteamérica y su influencia en Colombia. Estado Cepalino
- Estado Neoliberal
- Estado Social de Derecho.

3. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

3.1.1 Clasificación de la investigación

Investigación Básica

3.1.2 Tipo de investigación

Exploratoria y explicativa

La metodología que se desarrolló en esta investigación se clasifica dentro del marco de la investigación básica de tipo exploratoria y explicativa. Exploratoria porque examina un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes²⁴ en la Facultad de Comunicación Social de la Universidad Autónoma de Occidente y explicativa porque busca establecer las causas que originan un determinado hecho o fenómeno²⁵.

En este caso se busca establecer cuales fueron los factores que incidieron en la crisis de los hospitales públicos de la ciudad de Cali y en el buen desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Además describir el marco social, político, económico e ideológico en el cual se desarrolló la crisis pública hospitalaria en la ciudad de Cali para demostrar que fuerzas económicas, políticas y sociales de carácter supranacional como el FMI y el Banco Mundial tuvieron incidencia en este fenómeno que aún persiste en la ciudad de Cali.

²⁴ **HERNÁNDEZ SAMPIERI**, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill, 1997. p 58.

²⁵ Ibid. p 59.

3.2 INSTRUMENTOS

La instrumentación que se implementó básicamente se refiere al uso de fuentes primarias y secundarias para la consecución de la información. Dentro de nuestras fuentes primarias con las cuales establecimos contacto directo por ser personas que se encuentran relacionadas con la investigación, son las siguientes.

3.2.1 Fuentes Primarias:

- Gerente Administrativo del Hospital Mario Correa Rengifo
- Asesor Jurídico del Hospital Mario Correa Rengifo
- Director Hospital Universitario del Valle
- Secretario de Salud Departamental del Valle
- Secretario de Salud Municipal de Cali
- Representantes de sindicatos

3.2.2 Cronograma. La siguiente tabla muestra el cronograma por fechas en que se realizaron las entrevistas que tuvieron a lugar en la primera etapa de desarrollo del proyecto:

Tabla 1. Cronograma de entrevistas

FECHA	LUGAR	DESCRIPCIÓN
FEB. 5-2004	Hospital Mario Correa R.	Entrevista Asesor Jurídico
FEB.19-2004	Hospital Mario Correa R.	Entrevista Gerente Administrativo
FEB. 23-2004	Hospital Mario Correa R.	Entrevista Gerente Administrativo (2)
MAR.19-2004	Hospital Mario Correa R.	Entrevista Representante Sindicato.

MAR. 26-2004	Hospital Mario Correa R.	Envío de cuestionario vía internet al Gerente Administrativo.
ABR. 5-2004		Primer análisis de la información recolectada
ABR.12-2004	Universidad	Entrega de la corrección del anteproyecto y de los avances /desarrollo metodológico).
JUN.2-2004		Segundo análisis de la información recolectada.
JUN. 10-2004	Hospital Universitario del Valle	Entrevista director HUV
JUN.24-2004	Hospital Universitario del Valle	Entrevista Gerente Administrativo HUV
JUL.1-2004	Hospital Universitario del Valle	Entrevista Representante Sindicato HUV

Las técnicas que se emplearon en la recolección de la información son la entrevista personal o por medios electrónicos, el análisis de documentos de dominio público y el cubrimiento periodístico de los medios impresos EL PAIS y EL TIEMPO durante los años 1994 y 1997.

3.2.3 Fuentes Secundarias:

En cuanto a los documentos que se consultaron y analizaron, se encuentran algunos documentos Conpes e información sobre la Superintendencia Nacional de Salud a los cuales tuvimos acceso a través de internet. También se tuvo acceso a documentos impresos pertenecientes a instituciones estatales y privadas como son:

- Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- Fosyga
- Superintendencia Nacional de Salud
- Ministerio de Protección Social
- Entes Territoriales

3.3 PROCEDIMIENTO

Posteriormente se pasará una etapa procedimental que constará de tres etapas en el desarrollo de la investigación:

Etapa 1: Recolección de la información.

Etapa 2: Interpretación y análisis de la información (resultados de la información obtenida mediante análisis cualitativo y cuantitativo).

Etapa 3: Presentación de análisis final (reflexiones y conclusiones del proyecto a manera de ensayo como producto final).

4. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

4.1. EL ESTADO DE BIENESTAR, ESTADO CEPALINO Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La consolidación del Estado de Bienestar como modelo de desarrollo, político económico y social se logra establecer con plenitud en la Europa Occidental, específicamente en la época que el historiador Eric Hobsbawm, ha catalogado la edad de oro, que comprende su iniciación en el año de 1946 hasta 1973-1975.

Durante la edad de oro se desarrolló en occidente un intento por subordinar el trabajo, de desarrollar un nuevo capitalismo que dependía mucho del uso y expansión del crédito para evitar y controlar el proceso de crisis que se había manifestado en los años treinta con la Gran Depresión. Con la implementación de las políticas económicas llamadas keynesianas, se genera una cierta explosión del gasto público, especialmente del gasto social: educación, salud, vivienda, jubilaciones, pensiones y prestaciones de desempleo²⁶.

Es conveniente subrayar que el Estado de Bienestar es un proceso que ha abandonado en la práctica algunos elementos de la teoría liberal del Estado. En efecto, el Estado ha dejado de ser “no intervencionista” y se ha considerado que era responsabilidad suya conseguir una situación de pleno empleo, un sistema de seguridad social que cubriera la totalidad de la población²⁷.

Este tipo de Estado asumía la obligación de suministrar asistencia y apoyo aquellos que sufrieran necesidades y reconocía formalmente el papel de los sindicatos en la negociación colectiva y en la formación de los planes públicos.

En Colombia no hubo dicho Estado de Bienestar que se dio en Norteamérica y Europa desde la segunda posguerra, aunque algunos gobiernos se preocuparon por ser asistencialistas y generar una situación estable de seguridad social. Sin embargo, bajo esta concepción del Estado de Bienestar, se va a construir el Sistema de Seguridad Social en Colombia, que se erige a partir de la confluencia y síntesis de estos dos modelos de desarrollo:

- Modelo de Bismarck
- Modelo de Beveridge

²⁶ SAENZ, Juan Manuel. La Crisis del Estado de Bienestar y la Modernidad Reflexiva.[en línea]. Argentina, 2004. [citado: 14, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://www.infotxt.com.ar/trabajos.php?load=10/finalx/finalx.shtml>.

²⁷ Ibid., <http://www.infotxt.com.ar/trabajos.php?load=10/finalx/finalx.shtml>

El modelo de Bismarck surge en Alemania en 1880 y tiene las siguientes características:

- Programas separados para atender los diversos riesgos
- Cobertura obligatoria y restringida a la fuerza de trabajo
- Cotizaciones basadas en los salarios aportados por los asegurados, las empresas que los emplean y el Estado
- Prestaciones directamente relacionadas con las cotizaciones
- Régimen técnico-financiero de capitalización para las pensiones
- En aquellos países donde prima el contrato laboral tienen una alta cobertura
- En países como Colombia donde el Sistema de Seguridad Social se constituyó sobre la técnica de los seguros y donde no se pudo establecer una relación salarial la cobertura va a ser reducida²⁸

El modelo de Beveridge surge en Inglaterra en el año de 1942:

En este modelo se avanza hacia un Sistema de Seguridad Social Integral sus elementos constitutivos son los siguientes:

- Unificación del sistema bajo un solo gestor o coordinador
- Uniformidad de condiciones y derechos
- La cobertura es independiente de su situación del mercado de trabajo (este es un elemento que se diferencia del modelo de Bismarck)
- Proteger a la población contra todo tipo de riesgo, por una parte a través de la técnica del aseguramiento, y por otra, asegurada por el Estado de forma impositiva
- Se tiene acceso a la salud no por la calidad de trabajador sino por la calidad de ciudadano
- Financiamiento mediante impuestos
- Prestaciones básicas
- Régimen técnico financiero de reparto

Posteriormente, bajo el gobierno de Mariano Ospina Pérez, se va a materializar el proyecto de Seguridad Social Colombiano supuestamente a partir de un “consenso nacional”, que en última instancia no fue ningún consenso porque sólo tuvo en cuenta a los gremios del país.

²⁸ **RODRIGUEZ**, Oscar. La Difícil Consolidación del Estado de Bienestar. Bogotá: Universidad Nacional, 1998, 1 video.

De ahí en adelante, se van a crear la Caja Nacional de Previsión y el I.S.S (Instituto de Seguros Sociales) en el año de 1949, con la promulgación de la Ley 90 de 1946. El ISS entra en crisis rápidamente porque a partir del año de 1952 el Estado deja de aportar.

Colombia inicia el Sistema de Seguridad Social por los seguros de salud, y solamente en el año de 1965 y 1967 se introducen los seguros económicos. El proyecto de Seguridad Social en Colombia inicia descapitalizado, con baja cobertura al generar baja relación salarial, excluyendo a los sectores más dinámicos de la economía generando de esta manera una crisis financiera porque el Estado no cumplió sus compromisos y está muy ligado al proceso de clientelización.²⁹

En el año de 1974 bajo el gobierno del Presidente Misael Pastrana Borrero que tenía como Ministro de Salud Pública a José María Salazar Bucheli, se erige el Sistema Nacional de Salud que se conformó en tres subsectores:

El Subsector Oficial y Mixto, que comprendía todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades de Salud que funcionaban en el país y que respondían a las siguientes características:

- Aquellos que dependían directamente del Gobierno.
- Las que estaban adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud Pública.
- Aquellas cuyo financiamiento era mixto porque recibían aportes estatales permanentes para su funcionamiento y en cuyos órganos directivos estaba representado el Gobierno y que tenían el carácter de estar integradas al Sistema Nacional de Salud.

El Subsector de la Seguridad Social, que comprendía todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades cuya finalidad era la prestación de servicios de salud a una población beneficiaria, la cual recibía como contraprestación en reconocimiento de una relación patrono - laboral independientemente del origen del financiamiento respectivo.

El Subsector Privado, que comprendía todos los Organismos, Instituciones, Agencias y Entidades de Salud que funcionaban en el territorio Nacional bajo el régimen de derecho privado o recibían auxilios estatales permanentes para su funcionamiento y que en sus órganos directivos no estaba representado el Gobierno.

En el decreto 654 de 1974 se estableció la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud para aquella época, según el artículo 3, “*el Sistema*

²⁹ Ibid.,

Nacional de Salud tendrá una organización básica para su dirección en los niveles nacional, seccional y local. A esta Organización Básica para la Dirección, en sus niveles respectivos, estarán adscritas, vinculadas, integradas o coordinadas las entidades creadas por Ley de la República. Ordenanza Departamental o Acuerdo Municipal, que presten servicios de atención médica e igualmente, los servicios de atención médica correspondientes a otras entidades del Sector Público”.

La dirección del Sistema a nivel nacional estaba a cargo del Ministerio de Salud Pública y sus responsabilidades eran las siguientes:

- Formulación de las políticas de salud del país y presentación de éstas al Presidente de la República para su estudio y adopción.
- Normalización de los diferentes aspectos del Sistema.
- Planificación de los Programas y actividades del Sector.
- Vigilancia y control de las agencias e instituciones de salud del país.
- Supervisión periódica de todos los niveles que constituyen el Sistema
- Coordinación de todos los Organismos Seccionales y Locales en cuanto a la realización de las campañas y programas sanitarios en relación con las personas y con la protección del medio ambiente.

A partir de 1975 cuando se promovió el Sistema Nacional de Salud, empezó a generarse una desconcentración de las instituciones públicas y posteriormente con la Ley 10 de 1990 se concretaron los mecanismos de descentralización del sector salud, teniendo como célula principal el municipio. Los hospitales comenzaron a convertirse en entidades descentralizadas en donde manejaban sus aportes y sus mecanismos administrativos. La Ley 100 consolidó esos procesos de descentralización a través de la figura de Empresa Social del Estado.

La crisis de los años 80 (conocida como la década pérdida) no fue pagada precisamente por los sectores más pudientes. La renegociación de la deuda externa implicó el cumplimiento de una serie de políticas estatales que garantizarán unas metas tanto en lo político como el económico.

Las medidas de modernización del Estado y las políticas de estabilización macroeconómica y ajuste estructural, obedecen a estas metas en las que se conjugan el afán por corregir los errores del modelo ISI³⁰, introducido en América

³⁰ En las crisis de las posguerras, América Latina, se vio obligada a desarrollar un modelo económico que apuntara a resolver sus requerimientos en bienes manufacturados y permitiera una mejor inserción en el mercado internacional, así nació el modelo ISI (Industrialización por Sustitución de Importaciones) con el que se buscaba mediante la fabricación local de las manufacturas requeridas, sustituir las importaciones y a la vez desarrollar la industria nacional. **DE CURREA-LUGO, HERNANDET** Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227.

Latina por la CEPAL, y garantizar la estabilidad económica necesaria con las presiones y lineamientos del FMI y el Banco Mundial³¹.

Estas medidas incluyen la disminución del gasto público y el pago diferido de la deuda externa, materializándose en el recorte de los programas inherentes a la asistencia del Estado en inversión en salud, educación y vivienda. La ejecución de privatizaciones de empresas estatales y eliminación de subsidios.

A finales de la década de los 80 estas medidas se profundizaron, iniciándose bajo el gobierno de Cesar Gaviria y su denominada "apertura económica", que tenía como único y principal objetivo, implementar los mandatos establecidos en el Consenso de Washington acaecido en el año de 1989. Sumado a lo anterior, el denominado Estado Cepalino tuvo influencia en el modelo ISI, el cuál analizaremos antes de establecer la relación del Consenso de Washington con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

4.1.1 Estado Cepalino. La CEPAL había introducido en América Latina el modelo de industrialización por sustitución de importaciones con las políticas señaladas. El Estado promotor del desarrollo fue entre nosotros el equivalente del Estado de Bienestar que se generalizó en Europa y Norteamérica desde la segunda posguerra para conjurar la crisis del capitalismo. Inspirado en la socialdemocracia y en las teorías keynesianas, el Estado social es proteccionista e intervencionista.

El modelo cepalino es rigurosamente planificador y cuidadoso en el control de las variables macroeconómicas³². Durante más de medio siglo, la CEPAL ha sido la principal fuente mundial de información y análisis sobre la realidad económica y social de Latinoamérica y el Caribe. Ha sido el único centro intelectual en toda la región capaz de generar un enfoque analítico propio, el cual ha sido consistentemente preservado y perfeccionado durante toda su existencia.

Bajo la influencia de intelectuales como Celso Furtado, Aníbal Pinto y Aldo Ferrer, a la dimensión estructuralista se añadió la perspectiva de la formación histórica de los países de la región, formándose un método de investigación y análisis conocido como "histórico-estructuralista". Sobre la base de esa dupla perspectiva, la CEPAL se desarrolló como una escuela de pensamiento especializada en el examen de las transformaciones económicas y sociales de mediano y largo plazo de los países latinoamericanos y caribeños.

³¹ **DE CURREA-LUGO, HERNANDET** Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227.

³² **DE LA TORRE**, Cristina. Álvaro Uribe o el Neopopulismo en Colombia. Medellín: Editorial La Carreta, 2005. p. 28

4.1.2 Cambios y evolución del proyecto de Estado-Nación Cepalino. Durante los primeros 50 años pueden identificarse cinco etapas en la obra de la CEPAL, en torno a "ideas-fuerza" o "mensajes":

- Orígenes y años cincuenta: industrialización
- Años sesenta: reformas para desobstruir la industrialización
- Años setenta: reorientación de los "estilos" de desarrollo hacia la homogeneización social y hacia la diversificación proexportadora
- Años ochenta: superación del problema del endeudamiento externo mediante el "ajuste con crecimiento"
- Años noventa: transformación productiva con equidad.

El convite más significativo a la nueva agenda de discusión regida por la historia real lo formuló Prebisch una vez más (1963). El modelo explicativo sobre la falta de capacidad para absorber la fuerza de trabajo que figuraba en los textos de los años cincuenta -insuficiencia del ahorro y utilización de tecnologías intensivas en capital- se orienta ahora al análisis del uso social del excedente potencial. La idea presente en los años cincuenta de que es necesario restringir el consumo de las clases ricas en favor de la inversión y el progreso técnico, reaparece ahora focalizada en la cuestión agraria. En el campo, los latifundistas rentistas entorpecerían el progreso técnico, de modo que el acceso del campesino a la tierra, siempre que fuera apoyado debidamente por el Estado, abriría el camino para elevar la productividad agrícola y mejorar el uso del excedente.

La teoría de la dependencia tiene dos vertientes, la política y la económica. En la primera, el texto más famoso es el de Cardoso y Falleto (1969), cuya redacción ha sido estimulada por la sociología cepalina del desarrollo de José Medina Echavarría. El análisis "económico" de la dependencia tuvo distintas tonalidades políticas. Entre los economistas de la línea cepalina el análisis de la dependencia más contundente fue el que desarrolló Osvaldo Sunkel (1970). Se observa que la idea de "dependencia" -comercial, financiera y tecnológica- estuvo presente en la CEPAL desde un comienzo, aunque hasta los 60s no se utilizara la expresión propiamente dicha.

En forma paralela y con muchas coincidencias analíticas con las interpretaciones dependencistas de cuño cepalino, Aníbal Pinto formulaba su tesis de la "heterogeneidad estructural" en la región. Partió de la constatación de que los frutos del progreso técnico tendían a concentrarse, tanto respecto a la distribución del ingreso entre las clases sociales, como a la distribución entre sectores (estratos) y entre regiones dentro de un mismo país (1965). Posteriormente, pulió dicho análisis con el argumento de que el proceso de crecimiento en América Latina tendía a reproducir en forma renovada la vieja heterogeneidad estructural imperante en el período agrario-exportador (1970).

Es decir, así como para los dependentistas la industrialización no había eliminado la dependencia, sólo la había alterado, para Aníbal Pinto la industrialización no eliminaba la heterogeneidad estructural, sólo modificaba su formato. En una y otra interpretación el subdesarrollo era un proceso que daba muestras de perpetuarse a pesar del crecimiento económico.

Años setenta: reorientación de los "estilos" de desarrollo hacia la homogeneización social y hacia la diversificación proexportadora

La integración entre los elementos del análisis cepalino acumulado en las décadas anteriores se concretó en los años setenta mediante la idea de "estilos" o "modalidades" de crecimiento. El debate se desarrolló en la CEPAL estimulado por cuatro influencias básicas. Primero, la recuperación económica de la región durante el "auge" mundial de 1965-1973 llevó al reconocimiento de que la reforma agraria y la redistribución del ingreso constituirían la base de un crecimiento socialmente más homogéneo y justo, pero no del único estilo de crecimiento viable. Segundo, las Naciones Unidas promovían un intenso debate internacional en torno a esos mismos temas. Tercero, los intelectuales cepalinos formulaban fuertes críticas metodológicas a la forma como se desarrollaba este debate.

La crisis de los años ochenta desplazaría a un segundo plano la producción desarrollista en la CEPAL, y el esfuerzo intelectual principal pasaría al plano que se imponía históricamente, el de la oposición a la modalidad de ajuste exigida por los bancos acreedores y el FMI. Como es obvio, en condiciones de crecimiento inviable, el espacio y el interés por las discusiones de largo plazo eran limitados. Se privilegiaban las cuestiones inmediatas ligadas a la deuda, el ajuste y la estabilización.

El ajuste defendido por el FMI y los acreedores de la deuda después de la crisis mexicana se acompañaba del argumento de que en un par de años América Latina ya estaría superando sus dificultades y volviendo a crecer. La actuación del Secretario Ejecutivo Enrique Iglesias durante el período de sesiones de la Comisión en Lima, en 1984, simboliza la postura cepalina en ese período. Iglesias contrapuso a ese argumento proyecciones sombrías y correctas, proyectando para la región una "década perdida" --expresión que la CEPAL acuñaría posteriormente para describir el período.

En la década del noventa el "neoestructuralismo cepalino" recupera la agenda de análisis y de políticas de desarrollo, adaptándola a los nuevos tiempos de apertura y globalización. Estima que antes hubo en muchos países demasiada complacencia con la inflación, y que los nuevos tiempos exigen alteraciones de la forma de intervención del Estado en la economía, tratando de ampliar su eficiencia.

4.2. EL CONSENSO DE WASHINGTON DE 1989 Y SU RELACIÓN DIRECTA CON LA LEY 100 DE 1993

Las pautas establecidas por Estados Unidos y los organismos económicos internacionales cooptados por este país, se resumen en el Consenso de Washington de 1989, donde se plantean 10 instrumentos de política para llevar adelante el objetivo de un sistema capitalista mundial basado en la libertad del mercado para operar, donde predominan los más "aptos", en una especie de "darwinismo social", donde la vida social se concibe gobernada por las leyes de la competencia y del conflicto, llevando a una selección natural de la supervivencia del más apto y a la eliminación del más débil.³³

El denominado "consenso" en realidad, fue un documento adoptado a partir de una reunión realizada en Washington en 1989, entre académicos y economistas norteamericanos, funcionarios de gobierno de ese país y funcionarios del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. En realidad, no fue un consenso de la "comunidad internacional" en un debate amplio sobre las necesidades y las opciones para reducir la pobreza, brindar acceso a la salud para las comunidades más pobres, y mucho menos para insertar en el mercado global bajo igualdad de condiciones a las economías latinoamericanas.

De esa reunión denominada "consenso" surgieron los diez puntos del Consenso de Washington para Latinoamérica:

- Establecer una disciplina fiscal
- Priorizar el gasto público en educación y salud
- Llevar a cabo una reforma tributaria
- Establecer tasas de interés positivas determinadas por el mercado
- Lograr tipos de cambio competitivos
- Desarrollar políticas comerciales liberales
- Una mayor apertura a la inversión extranjera
- Privatizar las empresas públicas
- Llevar a cabo una profunda desregulación
- Garantizar la protección a la propiedad privada

Con estas disposiciones normativas el sector público colombiano se vio obligado a realizar una serie de cambios, impulsado por fuerzas económicas y políticas extranjeras en la mayoría de sus instituciones estatales para cumplir con lo

³³ **PEDRAZA**, Dallanegra Luis. El Consenso de Washington de 1989. [en línea]. Buenos Aires, Argentina. 2003. [citado: 25, 11, 2004]. Disponible en internet: <http://www.geocities.com/luisdallanegra/Amlat/conswash.htm>

estipulado en el decálogo del Consenso de Washington, dirigido a establecer un Estado pequeño y eficiente, administrado bajo el modelo neoliberal.

Durante el VI Encuentro Internacional de Economistas efectuado en la Habana (Cuba) en el 2004, se realizó un balance de los alcances obtenidos hasta el momento del decálogo del Consenso de Washington. El premio Nobel de economía de la más clara escuela neoclásica y librecambista, el profesor James Heckman de la Universidad de Chicago, defendió con pasión y entusiasmo la apertura, la supremacía de los más fuertes y la flexibilización del mercado laboral, ante un foro de casi 1500 economistas de los cuales el 99% rechazaban la globalización neoliberal precisamente porque perjudicó a los más pobres³⁴.

El “padre intelectual” del Consenso de Washington, Jhon Williams, quien no sólo defendió sin arrepentirse el decálogo de políticas del Consenso, afirmó además que los malos resultados en los países latinoamericanos se debieron a que no aplicaron bien las reformas, y por lo tanto lo que se requiere es profundizar en ellas y liberar más las economías³⁵.

Bajo esta ideología simplista y dogmática, el Sistema Nacional de Salud colombiano tuvo que desarrollar una serie de cambios estructurales muchos de ellos radicales bajo circunstancias desfavorables que a lo largo de este ensayo vamos a dilucidar, dirigidas a transformar su organización, administración y amoldarse a una nueva forma de autofinanciación. De ahí que, la aprobación de la Ley 100 de 1993³⁶, está proyectada a cumplir con varias de estas disposiciones, dándose así la fundación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año de 1994, que reestructura y modifica el Sistema Nacional de Salud organizado en 1974 bajo el gobierno del Presidente Misael Pastrana Borrero, centrado en el subsidio a la oferta.

4.3. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991 Y LA LEY 100 DE 1993

En el artículo primero de la Constitución Política de 1991 se dice que:

Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de

³⁴ **CABRERA**, Mauricio. Aquelarre de economistas. En El País, Cali (15. Febrero. 2004) [en línea]. Opinión. [citado 1-03-2004] Disponible en Internet: <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/feb152004/OPN/op4.html>.

³⁵ Ibid., <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/feb152004/OPN/op4.html>.

³⁶ Los dos ponentes del proyecto que posteriormente aprobó el Congreso de la República y que se convirtió en la Ley 100 de 1993 para la creación del SGSSS fueron Fernando Botero y el actual Presidente de la República de Colombia, Álvaro Uribe Vélez.

la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general

Antes de entrar a analizar la importancia de nuestra Carta Magna que establece en el territorio colombiano el Estado Social de Derecho, (el cual desde su inicio va estar en constante pugna con las fuerzas ideológicas del Consenso de Washington que proponen la implantación del Estado Neoliberal para Colombia, dándose lo que podríamos llamar un “choque de trenes”) vamos a conocer como surge y cuáles son sus objetivos, fuerzas políticas, económicas y sociales que impulsan su creación, además del contexto histórico de cada una, porque el nacimiento del Estado Social de Derecho es el resultado de la convergencia de varios factores que, en orden cronológico, fueron los siguientes³⁷:

4.3.1 Las Luchas de la Clase Trabajadora. Como consecuencia de la convergencia de la ideología liberal-capitalista y de la primera Revolución Industrial, surgió un nuevo tipo de trabajador, el obrero industrial y una nueva clase trabajadora, el proletariado así denominado por Marx, el cual, debido sobre todo a la aplicación de los principios económicos y políticos del liberalismo, fue objeto de una superexplotación, que en muchos casos llegó a situaciones peores que la de la misma esclavitud.

Esta situación trajo como consecuencia las luchas de la clase trabajadora y de otros movimientos políticos que cuestionaron fuertemente al sistema capitalista y al Estado Liberal de Derecho, al cual se le fueron introduciendo cambios que culminaron con el surgimiento de dos nuevos tipos o formas de Estado: El Estado Socialista Marxista y el Estado Social de Derecho.

4.3.2 El Estado Socialista Marxista. Aparte del movimiento obrero la situación de pobreza, miseria y explotación generó un conjunto de críticas, principalmente por parte de Karl Marx y Federico Engels que en 1848 publicaron el "Manifiesto Comunista" que planteó la inevitabilidad de la sociedad socialista como fase de tránsito hacia la sociedad comunista.

Estas ideas socialistas lograron materializarse con el triunfo de Lenin y Trotsky en Rusia, con la Revolución de Abril de 1917 que implantaron la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, URSS y un nuevo tipo de Estado: El Estado Socialista, que le atribuye al Estado las funciones más importantes de la sociedad y cuya sola existencia significaba, en sí mismo, una crítica al Estado Liberal de tipo Capitalista.

³⁷**DURAN**, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado:12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

Es decir, a partir de 1917 se inició una lucha por la hegemonía mundial entre los dos tipos de Estado, lucha que pasó por varias fases. Los primeros "rounds" los ganó el sistema socialista, que con el apoyo de la URSS se fue expandiendo progresivamente por el mundo. Primero, inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, en Europa del Este (Alemania Oriental, Polonia, Checoslovaquia, Hungría, Yugoslavia, etc.); después en China con Mao Tse Tung (1949); después en otros países de África, (Angola, Mozambique, etc.), de Asia (Corea del Norte, Vietnam del Norte, Laos-Camboya, etc.) y de América Latina (Cuba en 1959).

Esta lucha entre los dos sistemas terminó, si se puede decir así, en 1989, con el "derrumbe del Muro de Berlín", pero lo que no se puede negar es que la existencia de este tipo de Estado fue uno de los factores que contribuyeron a la reforma del Estado Liberal Burgués y a la transformación de este, en mayor o menor medida, en Estado Social de Derecho.

En Alemania, en el año de 1919, se aprobó la Constitución de Weimar que estableció la obligación del Estado de realizar acciones positivas para darle satisfacción y cumplimiento a los derechos sociales.

4.3.3 La Crisis Económica del Capitalismo de 1929. Este es otro de los factores que influyeron en el nacimiento del moderno Estado Social de Derecho. Las crisis cíclicas del sistema capitalista son quizás uno de los aspectos más estudiados por K. Marx, el cual afirma que el capitalismo pasa por fases cíclicas de expansión-depresión. En el siglo XX hubo dos grandes crisis del sistema capitalista en el ámbito mundial: El "crack" de 1929 que justamente dio paso primero al New Deal de Roosevelt, al "Estado de Bienestar" (Welfare State) y al Estado Social de Derecho y la crisis de 1970, que paradójicamente dio origen al neoliberalismo, que está desmontando el Estado Social de Derecho. Esta segunda crisis del capitalismo en el siglo XX la analizaremos más adelante, cuando hablemos de los Planes de Ajuste Estructural.

El "crack" de 1929 trajo como consecuencias la súbita y brusca baja de las acciones, estrepitosas quiebras, el descenso crítico de la producción industrial y sobre todo el crecimiento espantoso del desempleo y de la miseria no solo en los EEUU, sino en la mayor parte del mundo.

De esta crisis de 1929 surgió una nueva concepción del Estado: la visión del Estado del New Deal (Nuevo Trato), que fue implantado en Estados Unidos por el Presidente Roosevelt, por orientación y asesoría del economista inglés Keynes, premio Nobel en economía, que en 1926, en un libro denominado "El fin del dejar hacer" (The end of the *laissez faire*), afirmaba que "Los principales defectos de la sociedad en que vivimos son su incapacidad para proporcionar pleno empleo y su arbitraria y desigual distribución de las riquezas y de las rentas".

Y para corregir esto, en su libro "Teoría General del Empleo, del Interés y de la Moneda", propuso un papel más activo por parte del Estado, convirtiendo a éste en un ente generador de empleos a través de grandes inversiones públicas y además haciéndolo un agente protagónico en el proceso de redistribución de las rentas, a través de los impuestos progresivos.

Con estas política del New Deal en los Estados Unidos, se dio inicio a lo que después se denominó "economía mixta", es decir, a economías nacionales basadas en la combinación o coexistencia de dos tipos de agentes económicos: la iniciativa privada y el Estado Nacional. En América Latina, como lo veremos más adelante, a esta economía mixta también se le llamó "capitalismo de Estado".

"El New Deal del Presidente Roosevelt (1933-38) constituye el primer ensayo histórico exitoso en el desarrollo del Welfare State. En efecto, Keynes demostró objetivamente que el capitalismo no podría sobrevivir si seguía orientándose por los mecanismos automáticos del mercado, tal como lo prescribía la teoría clásica." Allan Brewer Carías.

4.3.4 Los Partidos Social Demócratas. Este es otro de los factores que contribuyeron en forma determinante a la gestación del Estado Social de Derecho. Con motivo de las disputas internas entre Lenin y Kautsky principalmente, Lenin divide el movimiento socialista al crear la III Internacional en el año 1919, con el propósito de promover la revolución mundial. La consecuencia fue la creación de dos vertientes en el movimiento socialista: la vertiente socialdemócrata (antigua II Internacional) y la vertiente comunista (la III Internacional).

Según R. Garzaro (Diccionario Político):

La socialdemocracia abandona la vía revolucionaria y se convierte en reformista. Teóricamente conserva varios puntos del socialismo revolucionario, pero prácticamente los abandona, tales como la interpretación económica del Estado, la lucha de clases, la dictadura del proletariado, la abolición de la propiedad privada de los medios de producción, la desaparición del Estado. En resumen, la socialdemocracia conserva del socialismo marxista los programas amplios de beneficio social, pero mantiene la esencia del capitalismo.

R. Conbellas, por su parte, afirma: "En efecto, la socialdemocracia adopta una visión positiva del Estado para alcanzar el poder, lo cual implica: en primer lugar, el reconocimiento del Estado como instrumento adecuado para realizar la reforma social."

La concepción del Estado de la socialdemocracia es la de promotor del desarrollo y su programa plantea la lucha por construir sociedades donde haya democracia política y democracia económica, desarrollar y extender la propiedad pública,

sobre todo en las áreas o sectores estratégicos y desarrollar formas de propiedad social tales como cooperativas de producción y de consumo.

Es la reconstrucción de Europa Occidental después de la Segunda Guerra Mundial la que da la oportunidad a los Partidos Socialdemócratas y Demócrata Cristianos de aplicar su visión y concepción del Estado: El Estado de Bienestar.

Como ya se señaló antes, el Estado de Bienestar dio sus primeros pasos en la Alemania de Bismarck, continuó en Inglaterra después de la Primera Guerra Mundial con las leyes sociales de Lord Beveridge, le siguió el Estado del "New Deal" en 1929 en USA y de alguna manera se consolidó con los partidos socialdemócratas cuando asumieron el poder en la mayoría de los países de Europa Occidental, después de la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, en algo están de acuerdo todos los autores: el concepto de Welfare State comienza a adquirir relevancia en los países en proceso de industrialización en Europa y Norteamérica, desde el momento en que el Estado comienza decididamente a intervenir en la sociedad a fin de corregir, tanto los desajustes económicos como las desigualdades sociales producidos por el capitalismo. Las siguientes medidas contribuyeron a la consolidación del concepto:

- El perfeccionamiento de los sistemas de seguridad social
- El desarrollo de la tributación progresiva.
- La asunción de políticas fiscales y monetarias (acordes al modelo keynesiano).

El Estado de Bienestar es un concepto definido de política económica y social, delimitado por notas económicas y sociales. El Estado Social de Derecho, por el contrario, es un concepto más amplio al integrar en su seno aspectos políticos, ideológicos y jurídicos.

Como dice Brewer Carías:

El Estado de Bienestar es una política que emprende el Estado enfrentando una situación de crisis. El Estado aparece como la única institución capaz de establecer los correctivos necesarios para salvar al capitalismo de sus agudas crisis. El Estado Social de Derecho es un concepto elaborado conscientemente, pues persigue dar una dirección racional al proceso histórico; programático, al implicar un programa de acción; y proyectivo, en la medida que intenta guiar al Estado, anteponiéndose y moldeando a los

acontecimientos, en atención a una estrategia construida en función de la realización de valores³⁸.

El Estado Social de Derecho asocia en los textos constitucionales, los derechos fundamentales individuales, herencia del liberalismo, con los derechos económicos y sociales. Estos derechos fundamentales económicos y sociales se convierten, de alguna manera, en programas de acción. De ahí que, los artículos 48 y 49 de la Constitución Política declaren como derecho de todo colombiano el acceso a la seguridad social incluyendo el campo de la salud.

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.³⁹ La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud⁴⁰.

Además la Constitución Política de 1991 desarrolla una gran gama de principios desde la noción de dignidad humana y cuya interpretación busca concordar con los pactos internacionales en materia de derechos humanos como el Protocolo de San Salvador y efectuar las disposiciones de las Naciones Unidas en “el cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”⁴¹.

Por eso es justo señalar que la Corte Constitucional cometió un error muy grave al permitir la creación de dos planes de servicios, categorizando de esta manera a la población colombiana. El artículo 48 de la Constitución Política afirma que el servicio en salud “se prestará bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Por ende, el principio de universalidad que es “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida”, se vulnera rotundamente, pues no se pueden desarrollar ofertas de servicios o planes de salud que estén basados en algún tipo de discriminación: posición económica o poder adquisitivo

³⁸ **DURAN**, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado:12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

³⁹ Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.

⁴⁰ Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

⁴¹ **DE CURREA-LUGO, HERNANDET** Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227..

Al mismo tiempo con la Ley 100 de 1993 se violó el artículo 49 de la Constitución Política, en el cual “se garantiza a todas las personas el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, porque no se le puede garantizar a todos los colombianos el acceso a todos los servicios de salud cuando existen dos planes de salud, uno el (POS-C) que tiene una enorme brecha con el (POS-S) como lo veremos más adelante.

Analizamos que la nueva Constitución Nacional concibe la seguridad social como un derecho irrenunciable y no como un favor por parte del Estado, ese es uno de sus aportes más importantes y decisivos.

Entonces acontece que desde 1990 se inaugura un proyecto nacional con la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente, pensado por nacionales para nacionales, que se materializa en la Constitución Política de 1991, estableciendo en el territorio nacional el Estado Social de Derecho. Por otra parte, fuerza económicas y políticas supranacionales como el FMI y el Banco Mundial a través del Consenso de Washington de 1989 apoyado por Estados Unidos, promueven para América Latina la implantación de un proyecto de Estado totalmente diferente, el Estado Neoliberal, con el cual buscan prerrogativas para sus multinacionales, garantizar el pago de la deuda externa e implementar el modelo de aseguramiento en salud como única vía de acceso como sucede en el país del libre aseguramiento: Estado Unidos.

Ahora se intenta con este modelo neoliberal la creación de un estado pequeño que construye como corolario un Estado con pequeñas responsabilidades, por lo tanto la causa real del nuevo modelo no era la búsqueda de un sistema de salud que corrigiera las fallas del anterior sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto y servicio mercadeable.

La nueva política social en el marco neoliberal se centra en tres estrategias: focalización, descentralización y privatización. Estos tres mandatos se están aplicando en América Latina con los nuevos modelos de salud impulsados por el FMI y el Banco Mundial, en el caso de Colombia se origina a partir de la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.3.5 Ley 100 de 1993 en Salud. En 1992 los costos de las atenciones de salud fueron cubiertos en un 24% por el subsistema público a través de sus hospitales; el 17.4% por las entidades del subsistema de la seguridad social (ISS y Cajas de Previsión); un 6% por seguros privados y empresariales; el 34% por el mismo enfermo y el 18% restante no tuvo acceso a los servicios de salud⁴².

En el mismo año, la asignación de recursos del sector público se realizaba de tal

⁴² CONPES, Documento. Consejo Nacional de Política Económica y Social. 3204. Versión aprobada.

manera que a los hospitales más grandes (universitarios, especializados o de mayor tecnología) y las instituciones que generaban mayores gastos, les correspondía la mayor parte de los recursos, sin que el volumen de gastos coincidiera con la cantidad de servicios prestados y la calidad de los mismos. Se encontraban profundas discordancias entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, determinadas especialmente por la baja capacidad resolutive (capacidad para atender y solucionar el problema de salud que originaba la consulta).⁴³

Para solucionar este problema se expidió la Ley 715 de 2001 que derogó la Ley 60 de 1993, en la que se destaca la reorganización de los recursos económicos para las entidades públicas, es decir, la oferta debe ser proporcional a la demanda hospitalaria.

De la misma forma, para lograr solucionar estos inconvenientes de una manera complementaria también se aprobó la Ley 100 de 1993 que da inicio en el sector de la salud en Colombia a una de las reformas más trascendentales de la historia de los servicios estatales de salud. En dicho marco legal se definen tres objetivos principales para las instituciones públicas hospitalarias de todo el país. El primero de estos objetivos obliga a que las instituciones públicas hospitalarias deben convertirse en entidades autónomas, es decir, generadoras de sus propios recursos.

El segundo objetivo hace referencia a los mecanismos creados para transformar la estructura de financiamiento y gestión de los hospitales públicos. Esta se llevará a cabo a través de la sustitución gradual del financiamiento, que se traduce en el desmonte de subsidios, así como la generación de ingresos a través de la venta de servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la demanda para financiar la seguridad en salud de la población pobre).

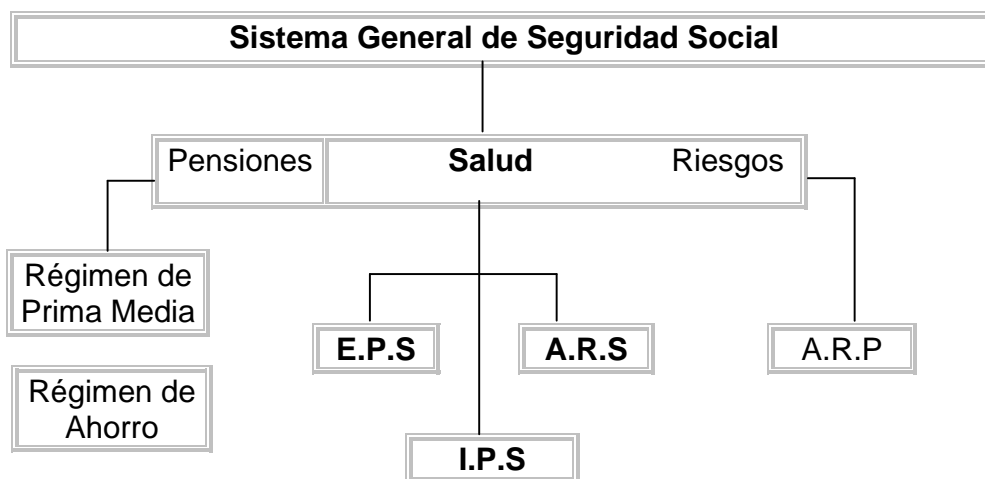
Y por último, la irrupción de la Ley 100 dio vía libre a alternativas privadas en cuanto a la oferta de servicios de seguridad social y con ello entraron a competir en el sistema de seguridad.

La ampliación de la cobertura para lograr que toda la población del país tuviera acceso a la seguridad social en el año 2001, era uno de los objetivos planteados por el Ministerio de Salud a través de la Ley 100, pero esto no fue factible, porque no se tuvo en cuenta que la ampliación se hizo con base en el régimen subsidiado cuyos recursos provienen del situado fiscal, del petróleo y una cifra del 1% que trasladan las Entidades Promotoras de Salud (EPS) contributivas, correspondientes a los asalariados de más de 4 salarios mínimos, recursos que no se aumentaron de acuerdo con las necesidades que demanda el sistema.

⁴³ Ibid.,

Durante 1995 la Ley contemplaba que los municipios debían destinar a salud 15% del situado fiscal y se presentó una reacción general en el país debido a la falta de recursos propios de los entes municipales para financiar el sostenimiento de la administración local y realizar inversiones lo que modificó temporalmente la posibilidad de destinar los dineros a la salud. Si los municipios no tienen recursos propios para financiar su funcionamiento, esta situación es probable que se repita en los años siguientes. Asimismo, el Ministerio de Salud al no disponer de financiación para los hospitales, destinó recursos del subsidio a la demanda o sea del régimen subsidiado al subsidiar la oferta mediante partidas destinadas a los hospitales⁴⁴.

Figura 1 Organigrama del Sistema General de Seguridad Social:



La población del país participa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en una de las siguientes formas de acuerdo con lo esquematizado en el cuadro⁴⁵:

⁴⁴ **TAFUR CALDERÓN**, Luis. El Sistema de Salud de Colombia después de la Ley 100. Facultad de Salud de la Universidad del Valle. [en línea] Cali, 2003. [citado: 12, 03, 2005] Disponible en Internet: <http://colombiamedicaunivalle.edu.co/VOL27NO1/sistemasalud.html>.

⁴⁵ *Ibid.*, <http://colombiamedicaunivalle.edu.co/VOL27NO1/sistemasalud.html>.

Tabla 2. Acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Régimen	Contributivo	Subsidiado	Vinculados
Características	Asalariados y trabajadores independientes	Población pobre y vulnerable, identificada por el SISBEN Estratos 1 y 2	Pobres y no pertenecientes a alguno de los regímenes. Estratos 0, 3 y 4.
Población estimada (% del total) a 1996	25% incluyendo la familia del trabajador	20%-25%	50%-55%
Entidades afiliadoras	EPS	EPS-S, ESS, CCF	Se trasladan al subsidiado según existencia de recursos.
Instituciones prestadoras de servicios	IPS públicas o privadas	IPS, ESE	ESE
Aportes	12% del salario, cuotas moderadoras y copagos	Cuota de participación	Pago de tarifas según capacidad económica
Financiación	Aportes del empleador y trabajador	Fondo FOSYGA 1% régimen contributivo	Recursos estatales de subsidio a la oferta
Posibilidad de crecimiento en cobertura	Incremento en fuentes de empleo	Incremento en recursos fiscales	Disminución por traslado a régimen subsidiado

Régimen Contributivo⁴⁶: está destinado a cubrir a las personas vinculadas a una empresa o entidad mediante contrato de trabajo, así como a trabajadores independientes con capacidad de pago, entendiéndose como tal a los que devenguen más de dos salarios mínimos.

Sobre la base del salario se cotiza al sistema el 12% (4puntos directamente por parte del empleado y 8 puntos por parte del empleador). Esa cotización debe por

⁴⁶. DE CURREA-LUGO, HERNANDET Mario y PAREDES, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. p. 227.

ley ser cobrada por la EPS, dar cuentas al Fondo de Solidaridad y Garantías, entregándole el manejo de los recursos.

El Fondo Reconoce una cuantía fija mensual por persona (Unidad de pago por Capitalización, UPC) a la EPS independientemente del monto, en números absolutos de la cotización.

Régimen Subsidiado⁴⁷: es el que cobija a todas las personas sin capacidad de pago. Se llama así porque en principio el sistema pagaría un subsidio de sus gastos en salud. Pero ese subsidio no apuntó como aparece en el POS a subsidiar, de tal manera que todas las personas pudieran recibir en igualdad de condiciones el mismo plan de salud sino que subsidia a partir de dos planes de salud diferentes.

Unidad de Pago por Capitalización, UPC⁴⁸: la figura de la UPC es una recomendación del Banco Mundial como forma de controlar los gastos en salud, promoviendo el pago anticipado (la cotización) de una cantidad fija por persona. La UPC es fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Fondo de solidaridad y Garantía (Fosyga): es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social organizada en cuatro subcuentas:

- Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo. Con ella se paga una UPC a cada EPS por cada afiliado. A esta cuenta entran los recursos provenientes de las cotizaciones.
- Subcuenta de solidaridad del régimen de subsidios en salud. Un punto de los 12 que cotizan al sistema los afiliados es destinado para esta subcuenta. Además, alimentan esta cuenta los recursos de la Nación y los recursos provenientes de diferentes impuestos.
- Subcuenta de la promoción en salud. Destinada a al financiación de actividades de promoción en salud. Se financia con 0.5 puntos de la cotización de cada afiliado del régimen contributivo para cumplir con la norma: la prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivado de los programas del Ministerio de Protección Social y con recursos que para efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.

⁴⁷ Ibid., p. 227

⁴⁸ Ibid., p. 228.

- Subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Destinada a la atención de las víctimas de desastres y accidentes de tránsito. Financiada principalmente con los recursos del Fonsat (Fondo Nacional de Accidentes de Tránsito)⁴⁹.

De esta forma vemos que la ley 100 de 1993 renuncia a la integralidad del servicio en igualdad de condiciones para todas las personas, pues crea no sólo dos formas de administración sino dos paquetes de servicios.

El Plan Obligatorio de Salud tiene dos categorías. Primero un POS completo para las personas afiliadas al régimen contributivo designado con las siglas POS-C. Segundo un POS incompleto para las personas pertenecientes al régimen subsidiado POS- S.

La ley 100 de 1993 fracasó en el objetivo de cobertura total, la proyección hecha en 1993 era que antes del año 2001 debía establecerse una cobertura universal y una igualación del POS-C y el POS-S lo cual no ha ocurrido.

⁴⁹ Ibid., p. 231.

5. HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE CALI Y LAS IMPLICACIONES DE LA LEY 100

Si el gobierno nacional no reconoce a tiempo las necesidades que soportan los hospitales públicos, ni aplica de manera paulatina la Ley 100 y tampoco maneja de manera equitativa las cuentas provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía para los subsidiados de la salud, se iniciará una grave crisis económica en el sistema. Así lo previeron 35 directores y gerentes de igual centros asistenciales del Estado de todo el país en una reunión de carácter extraordinaria realizada en Cali.⁵⁰

La preocupación surgió por la aplicación apresurada de la Ley 100 que se hizo, “sin tener en cuenta la necesidad económica y tecnológica de cada hospital”. Según los 35 directores y gerentes de los hospitales reunidos en Cali en el año de 1996 “se ha pretendido aventarlos a la ley de la selva para competir en un mercado libre sin contar con las suficientes herramientas para responder a dichas exigencias”.⁵¹

Aclararon que sí estaban dispuestos a cumplir con la Ley 100 en Salud, pero que se estaban interponiendo normas que no eran acordes con la situación real que afrontaba cada uno de los centros hospitalarios.

En ese sentido, los representantes de los hospitales públicos se pronunciaron en contra de las decisiones tomadas en aquel año por el Consejo Nacional de Seguridad Social al disminuir en un 15 % los recursos provenientes del situado fiscal para trasladárselos a las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S).⁵²

Agregaron que otro de los problemas residía en el Fosyga, ya que la distribución de los dineros que se hacían a través de los municipios no era clara y las cuentas no respondían a la realidad que vivían los hospitales.

5.1 HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, Empresa Social del Estado, clasificado de segundo nivel, desde hace varios años ha venido atravesando una grave crisis financiera que acarreó, que la Gobernación del Valle del Cauca interviniera total y transitoriamente la institución. La crisis se inició en el año de 1997.

⁵⁰ **Hospitales públicos se unen en bloque.** En El País, Cali (19. marzo.1996). p. A3

⁵¹ Ibid., p. A3

⁵² Ibid., p. A3

Para este año el Hospital Mario Correa Rengifo vivió un periodo de iliquidez que condujo a la incapacidad de asumir sus gastos de funcionamiento, además el déficit financiero anual comenzó a incrementarse, reduciendo la capacidad de endeudamiento.

Tabla 3. Déficit financiero del hospital Mario Correa Rengifo (anual)

Año	Déficit en miles de millones de pesos
1997	3.073.148
1998	7.235.729
1999	7.701.422
2000	6.848.036
2001	5.733.808
2002	4.556.329
2003	3.156.872

Más adelante en los años 1998 y 1999 se presentó una reducción en la productividad de los servicios y una agudización de la crisis financiera, por lo cual la Secretaría de Salud Departamental ordenó la intervención administrativa del hospital. Por eso, desde el año 2000 el hospital ha implementado y ejecutado un plan de viabilidad financiera, laboral y de prestación de servicios, que consiste en la reestructuración de los costos de funcionamiento, una estrategia de posicionamiento en la red de servicios de salud del Departamento y supresión de cargos. A esto se le suma que en los años 1998, 2000 y 2001 se llevó a cabo una política de austeridad que optó por el no aumento salarial de sus empleados.

Luego, en el plan de viabilidad institucional desarrollado en el año 2001 se dio inicio una fase de examinación y diagnóstico de los problemas concretos del hospital con el fin de saber en que consistía cada uno, y esto fue lo que se encontró: baja rentabilidad económica y social del Hospital Mario Correa Rengifo para responder a las necesidades de la población usuaria de sus servicios. Lo anterior se debía a cuatro factores:

- Baja productividad en los diferentes servicios.
- Altos costos de funcionamiento en relación con los ingresos por venta de servicios y aportes.
- Insuficiente desarrollo administrativo y financiero.
- Débil participación del cliente externo e interno en la gestión de la institución.

Hasta aquí hemos esbozados los seis problemas que sumieron en la crisis financiera, laboral y de prestación de servicios al Hospital Mario Correa Rengifo, ahora vamos adentrarnos en establecer, cuáles fueron las causas que originaron la mencionada crisis.

Tras 10 años de aplicación, desde su entrada en vigencia en el año 1994 hasta 2004, la Ley 100 ha recibido decenas de críticas que indican que dicho marco legal sostiene una inadecuada reforma al sector salud, circunstancias que indujeron a los hospitales públicos a la crisis financiera y de atención en la que actualmente se encuentran.

Por otra parte, desde la otra esquina, sus defensores dicen que la crisis financiera y hospitalaria de las entidades públicas ya venía mal desde antes de la promulgación de la Ley 100.

Vale decir que la Ley 100 de 1993 genera una reforma total en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia que produjo varios cambios en el funcionamiento de los hospitales públicos. Como la libre competencia entre I.P.S públicas y privadas, la transformación de la estructura de financiamiento del subsidio de la oferta al subsidio de la demanda y la drástica disminución por transferencias.

Antes de la implementación de la Ley 100 afirma Luis Fernando Rendón, Gerente General del Hospital Mario Correa Rengifo:

Existía una financiación estatal centrada en la oferta, es decir las instituciones presentaban un presupuesto de financiamiento, y el Estado, representado en el Ministerio de Salud, en la Secretaría de Salud Departamental, provisionaban esos recursos, para que las instituciones funcionaran. En un modelo que se centraba más en cubrir los costos de la oferta de servicios.

Actualmente desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 las instituciones públicas entraron en un ejercicio de compra y venta de servicios. Además, por cada atención es obligatoria la realización de una factura. La financiación en estos momentos es relativamente mixta en el caso del Hospital Mario Correa Rengifo, pues, todavía persiste un subsidio a la oferta, es decir hay un dinero que está llegando al hospital por parte del Estado, pero ese dinero está regido por ese

comportamiento de facturación. En cambio para el sector privado, simplemente es cobrarle al asegurador de cada persona.

Las implicaciones que contrajo la implementación de la Ley 100 de 1993 para Luis Fernando Rendón:

Han sido en el caso específico de las instituciones públicas, que de un momento a otro se vieron en un mercado competitivo. Se vieron, además, sometidos a una serie de trámites administrativos a los cuales no estaban acostumbrados como son: facturar y organizar. Antes no se hacía, sólo se hacían informes. Había una función de cobro, tal vez, que era pedirles a las personas que pagaran algo, pero eso se hacía en máquinas registradoras antiguamente. Las instituciones antes no estaban obligadas a facturar.

Por ejemplo, el hospital Mario Correa Rengifo tiene un contrato con la Secretaría de Salud Departamental, que es su ente rector, el cual establece un techo presupuestal para ese contrato, que es de 5 mil millones de pesos anuales, entonces la facturación que deben hacer es de 600 millones de pesos mensuales.

Álvaro Valdés, abogado y jefe de la división de Talento Humano del Hospital Mario Correa Rengifo asegura:

Pero la gran equivocación de la competencia, es que nuestros hospitales estaban acostumbrados a que les dieran dinero para la nómina (subsidio de la oferta) y fuera de eso, eran hospitales que en un momento dado fueron manejados por fortines políticos, de tal forma, que estaban con un número exagerado de funcionarios dentro de la empresa, y que lo que producían no se compensaba para pagar la nómina

Desde ese momento los hospitales públicos de la ciudad de Cali empezaron a presentar un déficit económico, porque no los prepararon para enfrentar la Ley 100 en cuanto a la competencia en el sector salud. Por eso Valdés analiza:

El sector privado en cuanto a salud tiene todos sus componentes comerciales muy bien establecidos, saben que van a vender salud y tienen toda su infraestructura preparada, entonces entran en el ambiente comercial en unas condiciones muy ventajosas frente al sector público que tenía déficit económico y presupuestal muy grande.

Entonces ni el Ministerio de Salud, ni los entes territoriales entraron a sanear ese déficit financiero, sino que pusieron a competir al Hospital Mario Correa Rengifo –y en general al sector público- en desigualdad de condiciones, por ello la institución padeció una aguda crisis, que planteó la posibilidad de su cierre definitivo.

La propuesta de reorganización del sistema a partir de la implementación de la Ley 100 en cuanto a salud, propone la separación de las cuatro funciones macro. La primera, la modulación, queda a cargo del Ministerio de Protección Social. La segunda, la función de financiación a cargo del Fosyga. La tercera función, la articulación, registro y aseguramiento a cargo de las E.P.S, A.R.S y entes territoriales. La cuarta función, la prestación de servicios a cargo de instituciones de salud pública y privada.

Ante esta reorganización, el Gerente General del Hospital Mario Correa Rengifo reflexiona y afirma que:

En el cumplimiento de cada una de estas funciones ha habido problemas de operación. Por ejemplo, el Ministerio ha perdido capacidad de conducción del sistema, no sólo el Ministerio en sí mismo, sino la delegación de los entes territoriales: departamentales y municipales, quienes perdieron la capacidad de dirección. Los sistemas de información se volvieron más débiles y los mecanismos de transferencia de autoridad de delegación de responsabilidades no han permitido que el sistema tenga unidad y coherencia.

5.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Durante el mes de septiembre de 1996, el Hospital Universitario del Valle recibió la demanda de pacientes de varios centros de salud del Valle del Cauca, que debieron cerrar porque no tenían recursos económicos para funcionar. Los hospitales públicos de Buga y Tulúa remitieron sus pacientes al HUV, lo que incrementó la demanda en un 30%.

Además, durante ese mismo año al hospital no el habían cancelado el pago de \$6.628 millones de pesos, los cuales \$3.028 millones correspondían a excedentes de facturación por servicios; \$1076 millones que debía cancelar el Municipio; \$824 millones de lo contratado en el primer semestre del 96 y \$1700 millones que le adeudaban las E.P.S.⁵³

El 26 de octubre del mismo año, el periódico EL PAIS publicó la “aguda crisis de iliquidez del centro hospitalario por la no cancelación de la facturación de los pacientes del Sisbén y del régimen contributivo”, cuya cuenta por ambos conceptos ascendía a los \$10.000.000 millones de pesos.

⁵³ **Salud al borde del colapso.** En El País, Cali (3. septiembre. 1996). Sección Metropolitana. p. B2

Por otra parte, la Contraloría Municipal encontró que el control interno en los hospitales de niveles 1 y 2 de Cali, perdió el año en materia evaluativa ante la auditoría realizada durante el año de 1996.⁵⁴

Aquel panorama desolador se le sumaba una cadena de traficantes de medicamentos que fue descubierta al interior del Hospital Universitario del Valle, HUV, por parte de la Fiscalía Regional 116, tras comprobarse el robo continuado de la droga que era despachada del almacén para ser suministrada a los pacientes.⁵⁵

La cadena de irregularidades venía siendo detectada por las directivas del HUV y puesta en consideración de la Fiscalía Regional. El delito fue calificado de peculado por apropiación.

De acuerdo con las confesiones entregadas a las autoridades por parte de los responsables, el hurto continuado se venía cumpliendo desde hacía cinco años sin que los registros del Almacén General se anotaran faltantes en los medicamentos. Se logró descubrir que la medicina que sobraba en las distintas salas del hospital no era devuelta al almacén.

5.3 INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

El estado de crisis del Instituto de Seguros Sociales en Cali, inició a finales del año de 1995, exactamente en el mes de septiembre, cuando se mantenían represadas 1500 cirugías por traumatología en la Clínica Rafael Uribe Uribe. Con la entrada de la medicina familiar debido a la implementación de la Ley 100, ese número de cirugías aumento 50 % más, en el mes de enero de 1996⁵⁶.

Esto, sumado al hecho de que las atenciones de urgencias pasaron de 400 pacientes en septiembre de 1995 a 800 en el mes de enero de 1996, generó la contratación de servicios con clínicas privadas y el Hospital Universitario del Valle. Por ejemplo, con la Fundación Valle del Lili, se firmó un contrato por \$2000 mil millones de pesos, que incluía procedimientos cardiovasculares, cateterismo, angiografías y partos. Con la Clínica de Occidente y Clínica de los Remedios se contrataron servicios de diagnóstico, resonancia y radiología especializada.

Más adelante, el auditor nacional del I.S.S de aquella época, Ricardo Pérez,

⁵⁴ **Hospitales sin control interno.** En El País (18. Diciembre.1996). Sección Metropolitana. p. B3

⁵⁵ **Descubren millonario robo de medicamentos.** En El País (27. Marzo. 1996). Sección Metropolitana. p. B1

⁵⁶ **En estado crítico la salud del Seguro Social.** En El País (23. enero.1996). Sección Metropolitana. p. B2

constató que la institución contrató con clínicas y entidades privadas, servicios médicos para sus afiliados por \$28 mil millones de pesos durante 1995.

Además, una red de corrupción interna en la compra de dotación para el I.S.S fue descubierta, se detectó una sistemática defraudación contra la institución, en compras que superaban los \$600 millones de pesos⁵⁷.

Las irregularidades comprometían a funcionarios del Departamento de Compras, en delitos como, concentración de compras, falsificación de documentos, sobrecostos, baja calidad de contratación y compra de uniformes por vigencias expiradas.

⁵⁷ **Detectada red de fraude en el ISS.** En El País (24. Febrero. 1996). Sección Metropolitana. p B2

6. INSTITUCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

6.1 PERSONERÍA MUNICIPAL

Una investigación adelantada por la Personería Municipal, luego de visitar 63 Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S) tanto públicas como privadas en la ciudad de Cali, constató que había deshumanización en el trato de los pacientes y falta de dotación de equipos en algunas entidades.⁵⁸

Se encontraron las siguientes fallas:

- Deshumanización en el trato de los pacientes
- Falta dotación en algunas I.P.S, especialmente en las salas de urgencias, donde ofrecen servicios que no pueden cumplir
- Incumplimiento en la obligatoria atención de urgencias
- Falta información sistemática en las I.P.S sobre afiliados al Sisbén que salieron favorecidos

De la misma manera, la investigación detectó el incumplimiento de las E.P.S en los aportes que debían girar al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), del cual depende en gran parte la financiación del Régimen Subsidiado.

6.2 CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

La Contraloría General de la República denunció en el mes de enero del año de 1996 que la evasión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud superaba los 43 mil millones de pesos.

La denuncia fue hecha por el Contralor de la época David Turbay, quien señaló que luego de una investigación de la entidad se determinó que la evasión y elusión de las Cajas de Compensación es del orden del 84% y de las E.P.S del 17%.

En un comunicado de prensa sostuvo que *“la falta de acción coercitiva de la Superintendencia de Salud ha permitido la evasión y elusión en las cotizaciones que están obligadas las Cajas de Previsión, Cajas de Compensación y E.P.S especialmente el I.S.S”*.

⁵⁸ **La salud sigue en “coma”:** Personería. En El País (26. Agosto. 1996). Sección Metropolitana. p. B1

La Contraloría explicó que en una muestra de 12 Cajas de Previsión cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en salud, que obtuvieron ingresos por \$40.092 millones de pesos, sólo giraron al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, \$690 millones, cuando en realidad debían aportar \$4.172 millones.

El funcionario también señaló que el Ministerio de Salud, actualmente Ministerio de Protección Social, presentaba deficiencias administrativas, lo cual se reflejaba en la baja ejecución de los recursos, dilatando así la aplicación del régimen subsidiado.

Pero el Gobierno Nacional tampoco le había cumplido al Fosyga, ya que \$75.000 mil millones de pesos asignados al presupuesto de 1995, sólo había girado \$47.000 mil millones, disminuyendo la capacidad del Fondo para ejecutar sus programas en un 37% por ciento.

6.3 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La misión de la Superintendencia Nacional de Salud es contribuir al desarrollo social del Estado colombiano mediante el ejercicio de la inspección, vigilancia y control de los servicios de salud. Pero en esta labor ha fracasado rotundamente como lo demuestran los informes de la Contraloría General de la República.

La Superintendencia Nacional de Salud no ejerció satisfactoriamente las siguientes funciones que legalmente le competen en materia de inspección, vigilancia y control, en coordinación con las demás autoridades territoriales dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Coadyuvar a la operatividad del modelo de competencia regulada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar los derechos y deberes de los usuarios

Afianzar la calidad de la atención en salud al cliente mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la prestación de los servicios y la satisfacción del usuario

Propugnar por la adecuada utilización de los recursos y así por la estabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el monitoreo y seguimiento de la generación y flujo de los recursos financieros

Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control, en coordinación con las entidades territoriales, sobre los recursos financieros, el aseguramiento, la

administración y la prestación de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Velar por el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y las demás disposiciones vigentes por parte de los diversos actores del sector, a fin de garantizar la operatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente en lo referente a la operatividad de los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar directamente o en coordinación con las entidades territoriales, la aplicación de la normatividad vigente en lo referente a la calidad de la prestación de servicios a las personas vinculadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar el conjunto de personas y entidades públicas, privadas o mixtas cualquiera sea su naturaleza o denominación, que cumplan funciones de aseguramiento, administración o prestación de servicios, para exigir el cumplimiento de los requisitos y procedimientos en relación con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los diferentes planes de salud contemplados en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Ejercer inspección, vigilancia y control, directamente o a través de las direcciones territoriales de salud, sobre los prestadores de servicios con el objeto de garantizar la calidad de la atención en salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar la aplicación de la normatividad vigente en la generación y flujo de recursos financieros del sector, cualquiera sea su origen.

Hacer el seguimiento de las transferencias que por ley realicen las entidades territoriales al sector de la salud.

Velar por la aplicación de la normatividad vigente en relación con el cumplimiento de las funciones y competencias de Inspección, vigilancia y control atribuidas a las Direcciones Territoriales de Salud.

Desarrollar un sistema de atención integral al usuario, que permita su adecuada información, oportuna atención de quejas y reclamos y la solución alterna de conflictos de acuerdo con la ley.

Propiciar el fortalecimiento efectivo de los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada afiliación, carnetización, acceso a los servicios de salud, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios.

Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, e informes de gestión de las entidades sometidas a su control, u ordenar que éstas les suministren a los usuarios dicha información, de tal manera que les permita conocer la situación de las mismas y la del sector en su conjunto, para garantizar la libre elección y movilidad por parte del usuario dentro del Sistema, de suerte que les facilite a través de elementos de juicio claros y objetivos escoger las mejores opciones del mercado.

Solicitar a los organismos de control competentes, con base en el principio de concurrencia, los informes de revisoría fiscal, control interno, auditorías y demás informes obtenidos en el cumplimiento de sus competencias, para la realización de un control integral al sector.

Coadyuvar al desarrollo de un sistema de información único para identificar situaciones de evasión, elusión y riesgo financiero del sector salud y articular las actuaciones a que haya lugar con las demás entidades de control acorde con sus competencias.

Establecer un sistema de indicadores que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las entidades promotoras de salud, administradoras de régimen, subsidiado y demás entidades que realicen aseguramiento, así como de las prestadoras de servicios para garantizar la calidad de la atención en salud.

Ejercer inspección, vigilancia y control, para garantizar la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud.

Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, las subcuentas establecidas por ley y el flujo de los recursos hacia los diferentes actores.

Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el fondo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito y las entidades vinculadas a su administración, en cuanto a la aplicación y flujo de sus recursos y la adecuada prestación con calidad de los servicios de salud.

Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el financiamiento y ejecución de los recursos asignados a los Planes de Atención Básica municipal, así como a los recursos del orden departamental y nacional que de manera complementaria se asignen para tal fin.

Intervenir técnica o administrativamente, decretar la disolución de las entidades sometidas a su vigilancia y control o proceder a la toma de posesión, cuando a ello hubiere lugar.

Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva de conformidad con las normas vigentes, las tasas o contribuciones que le correspondan.

Dictar órdenes, emitir instrucciones y aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales.

Autorizar el funcionamiento de EPS, ARS y entidades de medicina prepagada, en concordancia con la normatividad vigente.

Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales con el fin de obtener un conocimiento integral y el esclarecimiento de los hechos que sirvan de fundamento para las decisiones a que haya lugar.

La labor de vigilancia y control que debería realizar rigurosamente la Superintendencia Nacional de Salud como funciones que son de su competencia y que han quedado esbozadas anteriormente no se han cumplido a cabalidad, siendo este uno de los actores que más ha fallado dentro del Sistema General de Seguridad Social, Por tal motivo, el gerente del Hospital Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali afirma que no han realizado:

Cambios organizacionales, campañas cívicas de prevención en salud y campañas regulación de las relaciones entre, los actores público y privado; y la relación E.P.S y I.P.S, es decir los aseguradores y los prestadores, hay tiene que haber un modulador del sistema. Haciendo un símil qué pasaría en un partido de fútbol donde no hubiera un árbitro; no habría orden, no se respetarían las reglas de juego.

Tratar de regular las relaciones de contratación, una política de contratación de servicios, que cumpla una función más social y menos mercantilista, y más cercana al profesional de la salud, que entre otras cosas ha sido muy golpeada por la reforma.

Hay que volver a las acciones en salud pública, a las políticas en salud pública y hay que facultar al Estado para mayor control y modulación, organismos como la Superintendencia Nacional de Salud, debe tener muchísima más representatividad, necesitamos más arbitraje del Ministerio de Protección Social y de la Superintendencia.

Además, proteger al personal de salud, tiene que haber unos estándares mínimos de contratación. Por ejemplo, a usted una entidad pública le ofrece \$500.000 mil pesos por sus servicios como médico. Condiciones que garanticen un buen servicio. Por eso te digo retomando el símil del partido de fútbol en este sistema no hay arbitro dentro de la cancha. Ese árbitro que es la Superintendencia Nacional de Salud ha fracasado.

7. CONCLUSIONES

La finalización de este ensayo nos lleva a concluir que el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia está llevando a cabo los siguientes cambios estructurales que se reflejan en: una profundización del aseguramiento; disminución de la responsabilidad estatal en salud pública; privatización de la red pública hospitalaria; y mercantilización de la salud.

Las fuerzas ideológicas, políticas, económicas y sociales que impulsaron la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, son aquellas que convergieron a finales de los años 80 y se consolidaron en el denominado Consenso de Washington.

Iniciándose con la renegociación del pago de la deuda externa, lo que implicó a partir de 1990 bajo el gobierno de César Gaviria la aplicación de una serie de políticas estatales que garantizaran, tanto las medidas de modernización del Estado y las políticas de estabilización macroeconómica, como también un ajuste estructural, teniendo en cuenta los lineamientos y presiones del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

Estas medidas se tradujeron en la disminución del gasto público y el pago diferido de la deuda externa, materializándose en el recorte de los programas inherentes al plan asistencialista del gobierno que buscaba similitud con el Estado de Bienestar desarrollado en otros países, como la inversión en salud, educación y vivienda.

Con estas disposiciones normativas establecidas en el decálogo del Consenso de Washington, el Sistema Nacional de Salud se vio obligado a realizar una serie de cambios estructurales bajo la orientación de fuerzas económicas y políticas supranacionales, que pactaron con las elites económicas y políticas del país la profundización de las políticas neoliberales que promueven el establecimiento de un Estado pequeño y eficiente que se regule por la libre competencia y la libertad del mercado.

De esta forma y con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 en salud se dio vía libre a la aparición de Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S) y Entidades Promotoras de Salud (E.P.S) de carácter privado. Los resultados de la privatización y mercantilización de la salud fueron analizados con anterioridad en el Tercer Congreso Colombiano de Seguridad Social celebrado en la ciudad de Cali, durante el mes de noviembre de 1991, al cual entre otras cosas no asistió el presidente de la república de aquella época César Gaviria, quien solamente se excusó.

En este encuentro nacional donde se debatió el futuro de la salud colombiana, la asociación sindical Asmedas analizó los casos de otros países donde los sistemas

de salud iniciaron un proceso de privatización y mercantilización de la salud. Esta fue su reflexión.

“Afirmamos que la Seguridad Social privada no garantiza el principio de solidaridad. El intento de resolver los problemas de la Seguridad Social por entes privados, no es de hoy, hace parte de la historia de la Seguridad Social Mundial, sin embargo, nunca ha sido la solución más afortunada por las siguientes razones:

- Existe afán de lucro
- Las pólizas son individuales y de alto costo
- El ahorro individual no es redistributivo
- Tiene buena cobertura en la población de mejores recursos
- Tiene muy baja cobertura en la población de menores ingresos, la más importante desde el punto de vista de protección en Seguridad Social, por ser la más vulnerable
- Para mejorar los rendimientos económicos se le ponen topes, limitaciones y no cubre todos los riesgos
- No son obligatorios
- El carácter redistributivo, no se puede asegurar bajo el manejo de los Agentes Privados”.

Ahora continuaremos con la enumeración e identificación de los factores que incidieron en la crisis económica de los hospitales públicos, Mario Correa Rengifo y Hospital Universitario del Valle, que generó y sigue generando una insuficiente capacidad resolutive en el buen ofrecimiento de servicios médicos:

La aplicación de la Ley 100 de 1993 se realizó sin tener en cuenta las necesidades económicas y tecnológicas de cada hospital

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud disminuyó en el mismo año de entrada en vigencia la Ley 100 en un 15% los recursos provenientes del situado fiscal para trasladarlo a las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S)

Los hospitales públicos fueron y siguen siendo en muchos casos fortines políticos en los que en el pasado se encontraron nóminas paralelas que generaron un enorme déficit financiero. Cuando se interrogó en el hospital Mario Correa Rengifo sobre estos hechos, varios trabajadores afirmaron que era cierto, y argumentaron por fuera de micrófonos que el hospital en algunas oportunidades había sido manipulado exactamente por la ex secretaria de salud y actual congresista Dilian Francisca Toro, aunque nunca se haya denunciado nada al respecto.

El modelo neoliberal desencadenó en los hospitales públicos Mario Correa Rengifo y Hospital Universitario del Valle, una competencia en desigualdad de

condiciones, con las Instituciones Prestadoras de Servicios privadas, pues estas últimas entraron competir en el mercado a partir de 1994:

Sin déficit financiero

Con una infraestructura de alta calidad

Con la implementación de Departamentos de Mercadeo que tenían sus componentes comerciales muy bien establecidos y sabían que lo que iban hacer no era ofrecer un servicio social sino a vender salud

La adquisición de tecnología de punta en aquella época (1994), que comparada con la tecnología que tenían los hospitales públicos era irrisoria

Durante el mes de septiembre de 1996, el Hospital Universitario del Valle recibió la demanda de pacientes de varios centros de salud del Valle del Cauca, que debieron cerrar porque no tenían recursos económicos para funcionar. Los hospitales públicos de Buga y Tulúa remitieron sus pacientes al HUV, lo que incrementó la demanda en un 30%.

A finales de 1996 al Hospital Universitario del Valle no le habían cancelado el pago de \$6.628 millones de pesos, de los cuales \$3.028 millones correspondían a excedentes de facturación por servicios; \$1076 millones que debía cancelar el Municipio; \$824 millones de lo contratado en el primer semestre del 96 y \$1700 millones que le adeudaban las E.P.S.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 en Salud, entró a regir la medicina familiar que aumentó en un 50% el número de personas que debían atender los hospitales públicos.

De ahí que los hospitales públicos vieron como había más personas por atender, pero no aumentaba la contratación y ampliación del personal médico, no se compraban nuevos equipos y tecnología para atender la sobreoferta que se generó.

Por ejemplo, las atenciones de urgencias pasaron de 400 pacientes en septiembre de 1995 a 800 en el mes de enero de 1996, lo que le generó al Hospital Universitario del Valle la contratación de servicios con clínicas privadas.

De este modo, con la Fundación Valle del Lili, se firmó un contrato por \$2000 mil millones de pesos, que incluía procedimientos cardiovasculares, cateterismo, angiografías y partos. Con la Clínica de Occidente y Clínica de

los Remedios se contrataron servicios de diagnóstico, resonancia y radiología especializada.

La ley 100 de 1993 renuncia a la integralidad del servicio en igualdad de condiciones para todas las personas, pues crea no sólo dos formas de administración sino dos paquetes de servicios.

El Plan Obligatorio de Salud tiene dos categorías. Primero un POS completo para las personas afiliadas al régimen contributivo designado con las siglas POS-C. Segundo un POS incompleto para las personas pertenecientes al régimen subsidiado POS- S.

La ley 100 de 1993 fracasó en el objetivo de cobertura total, la proyección hecha en 1993 era que antes del año 2001 debía establecerse una cobertura universal y una igualación del POS-C y el POS-S lo cual no ha ocurrido.

La pésima labor de control y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, quedó al descubierto en una investigación adelantada por la Contraloría General de la República, quien denunció que en el mes de enero del año de 1996, la evasión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud superaba los 43 mil millones de pesos.

La denuncia fue hecha por el Contralor de la época, David Turbay, quien señaló, que la evasión y elusión de las Cajas de Compensación era del orden del 84% y de las E.P.S del 17%.

En un comunicado de prensa sostuvo que “la falta de acción coercitiva de la Superintendencia de Salud ha permitido la evasión y elusión en las cotizaciones que están obligadas las Cajas de Previsión, Cajas de Compensación y E.P.S especialmente el I.S.S”.

La Contraloría explicó que en una muestra de 12 Cajas de Previsión cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en salud, que obtuvieron ingresos por \$40.092 millones de pesos, sólo giraron al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, \$690 millones, cuando en realidad debían aportar \$4.172 millones.

El margen de actuación del municipio para desarrollar políticas públicas adecuadas a su realidad local y a las necesidades de sus habitantes disminuye casi totalmente, pues este como núcleo local ya no puede organizar y controlar a los prestadores de servicios bajo su jurisdicción y toda la coordinación y organización queda en manos de las fuerzas del mercado, vulnerando de esta manera la calidad del servicio y el acceso universal y público, introduciéndonos

como ocurre actualmente en una competencia feroz donde sólo predominan intereses egoístas.

7.1 REFLEXIONES ALREDEDOR DE LO “NOTICIOSO”

Cuando iniciamos nuestra investigación, acudimos a revisar algunas noticias publicadas desde el año 1994 en los periódicos El País y El Tiempo. Lo que siempre encontramos fue una “propaganda” a la Ley 100 que estaba entrando en vigencia, nunca una investigación sobre la situación en la que, en aquel entonces, se encontraban los hospitales públicos para empezar a funcionar sobre esta nueva ley.

Hoy, más de 10 años después, los medios de comunicación aún no publican nada a fondo sobre el tema de la Seguridad Social en Colombia, sólo se limitan a contar un hecho específico que ocurra alrededor de una IPS pública o privada, como huelgas de su sindicato, amenazas de cierre por falta de recursos, déficit financiero, recorte de personal, etc.

Somos testigos de lo poco “noticioso” que resulta hablar del contexto de la crisis actual de los hospitales, ya que uno de nosotros trabaja como reportero de un noticiero regional, y por ello le ha tocado cubrir hechos como los mencionados anteriormente. Cuando de alguna forma se ha intentado contextualizar el hecho ocurrido (huelga, paro de trabajadores, etc) con lo ya investigado en nuestro proyecto, el director o jefe de redacción del noticiero no lo permiten, argumentando siempre que el factor tiempo en televisión es muy importante, por lo que la noticia no puede durar más de un minuto al aire.

Si bien, tanto directores, jefes de redacción y demás periodistas del medio saben de la importancia del tema, siempre están más pendientes de que la nota informe únicamente lo ocurrido para no pasarse del tiempo estipulado, convirtiéndose en un producto de la inmediatez y dejando a la audiencia cada día mas desinformada.

7.2 DESMONTE PROGRESIVO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA ⁵⁹

Posteriormente, iniciada la aplicación de la ley 100 de 1993, los hospitales públicos empezaron a padecer casi todos a inicios de 1996, déficit financiero. Desde el Ministerio de Salud, actualmente Ministerio de Protección Social, se aseguraba que este período de crisis sólo era un período de transición, mientras

⁵⁹ PAREDES HERNANDEZ, Natalia. La Salud Pública Entierro Definitivo. Cinep. Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá: 2004. p. 107.

se volvían competitivos y eficientes y se amoldaban al nuevo modelo de funcionamiento centrado en la demanda.

Después de los sucesivos descalabros se decía que el problema era su carga laboral y así por ejemplo en el caso del hospital Mario Correa Rengifo se pasó de tener en 1994 a 300 trabajadores a 154 trabajadores al año 2005.

Cuando eran inocultables las triquiñuelas que hacían las EPS para no pagarles la cartera morosa a los hospitales públicos⁶⁰, se reconocía que tenían “algunos obstáculos” para competir; y ahora, durante el presente gobierno del presidente Álvaro Uribe Vélez, se les hace un ultimátum para su reestructuración y autosostenibilidad.

Los hospitales públicos no tienen sus propias EPS para que los contraten, como sucede por ejemplo con Comfenalco Valle que, es EPS y al mismo tiempo IPS, es decir el sector privado tiene un negocio redondo en el que sus utilidades quedan en casa, además como lo hemos demostrado anteriormente los hospitales públicos han competido en condiciones inferiores al sector privado.

Y aún hay más, sólo los hospitales públicos han cumplido su función social de atender a la población no asegurada (denominada bajo la Ley 100 como vinculados) y, sin embargo, se les continúa exigiendo que sean autosostenibles financieramente.

Lo que nunca se ha reconocido es que desde el Consenso de Washington celebrado en 1989 siempre se ha pretendido la liquidación de los hospitales públicos, ya que este es el objetivo del modelo neoliberal, proyecto de Estado-Nación que choca con otro proyecto de Estado-Nación como lo es el Estado Social de Derecho. El primero (el Estado Neoliberal) pensado y promovido por fuerzas supranacionales y apoyado por la elites económicas y políticas de nuestro país. El segundo promovido por nacionales a través de la Asamblea Nacional Constituyente para nacionales.

El plan de reestructuración del presente Gobierno apunta a la autosostenibilidad de los hospitales públicos, mediante la misma receta: ajuste del régimen laboral, disminución del costo de recurso humano, reorganización institucional y de los sistemas de información; adicionalmente, se buscará implementar redes de servicios a nivel departamental y créditos condonables para el proceso.

⁶⁰ En 1996 el Contralor General de la República, David Turbay, en una investigación realizada por la entidad, encontró que la evasión y elusión de las Cajas de Compensación era del orden del 84% y de las E.P.S del 17%.

Si los hospitales públicos no atienden a la población que lo necesita estarían violando la Constitución Nacional, y si la atienden profundizan su déficit financiero; así las cosas el círculo vicioso en que se encuentran no se soluciona con reestructuraciones, sino con un cambio de concepción del sistema de salud que no se base en el aseguramiento y que destine los recursos para una atención pública, universal y de calidad.

La situación de los hospitales públicos se agravará si llega a pasar el proyecto de Ley 52 de 2004.⁶¹, pues ya no sólo incluye la reestructuración como último recurso previo a la liquidación, sino que prohíbe otorgar apoyos financieros del Estado a aquellas instituciones que no cumplan con las disposiciones de ajuste y sostenibilidad financiera; explícitamente señala que no habrá préstamos, cofinanciaciones ni ninguna clase de transferencias de recursos. Es decir, se acaban los recursos públicos que financian a los hospitales, se transforma así la mayor parte del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda, vieja pretensión de los empresarios de la salud y de los gobiernos de turno desde la creación de la Ley 100.

⁶¹ El proyecto de Ley 52 de 2004, presentado recientemente por el Gobierno nacional, propone disminuir las competencias de departamentos, municipios y distritos. Para ello, se creará un nuevo Fondo Financiero a nivel nacional (Fondo Territorial Colombia para la Salud Focos), que contratará directamente con las Empresas Promotoras de Salud la administración del régimen subsidiado, incluyendo las acciones de promoción y prevención.

Las entidades territoriales serán prácticamente centros de información, pues la función de los departamentos se limitará a organizar y administrar el registro especial de redes de servicios, es decir, a manejar la información concerniente a las instituciones bajo su jurisdicción y a proporcionarla a los interesados.

Con estas pretensiones se refuerza la tendencia a continuar consolidando los grandes monopolios de la salud. El ejemplo más ilustrativo es Saludcoop, que llegó a ser una de las empresas más grandes del país, gracias a que actúa simultáneamente como EPS y como IPS, es decir recauda los recursos y subcontrata los servicios consigo misma, todo queda en familia. Ésta no es una excepción, pues casi todas las EPS hacen lo mismo. Con el Focos, que administrará mediante fiducia los recursos destinados a la financiación del nuevo régimen subsidiado, se crea otro fondo adicional al de Solidaridad y Garantía (Fosyga), existente actualmente.

El Focos no tendrá injerencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, instancia orientadora del sistema, ni de las entidades territoriales, lo que resultará en un divorcio absoluto del manejo de los recursos y las definiciones de política pública: por un lado van los propósitos y por otro los dineros, ello en la práctica se traduce en que la política pública queda "sin dientes".

El Focos recaudará la totalidad de los recursos destinados al régimen subsidiado, celebrará los contratos de aseguramiento con las EPS y efectuará los pagos. Al restarle al municipio la administración de los recursos del régimen subsidiado, se le quita responsabilidad que le compete al Estado, de manera prioritaria, en la atención de la población más pobre y vulnerable, y se deja en manos de un fondo financiero, una fiducia y las grandes empresas aseguradoras. Todo ello en detrimento de que efectivamente pueda adelantar su función básica de planeación, implementación, regulación y control de políticas y programas públicos.

Al destinar la mayor parte de los recursos asignados a la atención de la población pobre al nuevo Fondo financiero y contratar directamente con las EPS, el margen de asignación de fondos por parte del Estado se reduce al máximo y las posibilidades de sobrevivir de los hospitales públicos también. Esta es la última estocada del modelo privatizador que completa el ciclo: instituciones públicas liquidadas o parcialmente arrendadas, que entrarán posteriormente en una fase de apropiación o venta a precios pírricos al gran capital financiero que tendrá el control de los servicios y la infraestructura de salud del país.

El proyecto de Ley contempla que las EPS deberán contratar por lo menos el 50% del régimen subsidiado con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas en redes de servicios, sin embargo, con toda seguridad esta medida será insuficiente, pues como ya se ha señalado así se contrate con las IPS la totalidad de su capacidad instalada, nunca se les pagan los servicios que efectivamente prestan y mucho menos en un futuro con mayor poder por parte de las EPS.

Como la receta de salvamento continúa siendo la misma, los resultados serán idénticos, con el agravante del cierre definitivo de los hospitales públicos que atienden dos terceras partes del total de hospitalizaciones del país. Mientras no se ataque el fondo del problema, que es el esquema de aseguramiento, la crisis continuará, ya que por más servicios que presten los hospitales públicos a éstos nunca les pagan la totalidad, pues allí está parte de la rentabilidad del negocio.

Sólo por atención a población desplazada, el Estado debía 120 mil millones de pesos al Hospital Universitario del Valle en el año 2003, el Estado no le pagó seis mil de los \$ 42 mil que facturó por servicios prestados.

Así las cosas, por más procesos de reestructuración que se hagan con créditos del Banco Mundial, el sector público de la salud no saldrá de su crisis mientras no se transforme el sistema en uno público y universal, destinando los recursos para su finalidad esencial y no para enriquecer a las Empresas Promotoras de Salud, intermediarias de la mayor parte del gasto en salud, calculado en 20 billones de pesos anuales aproximadamente, monto equivalente al 10% del Producto Interno Bruto colombiano.

Dentro de la misma lógica privatizadora, en octubre de 2003 se reestructuró el Instituto de Seguros Sociales. El Tiempo tituló un informe especial: Así cayó el coloso de la salud, donde muestra el proceso de deterioro sufrido por esta institución y la nula voluntad política que ha existido para salvarlo.

La reestructuración consiste en dividir la entidad en una aseguradora y siete regionales para atender el servicio; éstas son Empresas Sociales del Estado (ESE), dependientes del Ministerio de Protección Social, los quince mil

funcionarios dejaron de ser trabajadores oficiales y pasaron a ser empleados públicos y la aseguradora deberá contratar por tres años con estas ESE del ISS; se incluye la posibilidad de que los trabajadores, mediante una forma asociativa, operen directamente las empresas. Después de este proceso de reestructuración, entrarán a la competencia total.

Aunque el Gobierno nacional no lo reconozca, prácticamente el Seguro Social se encuentra ya en proceso de privatización: muchas de sus funciones están subcontratadas con empresas diferentes, por lo que el gerente de turno no puede controlar la calidad de los servicios ni el personal de su centro de atención; continúa la salida masiva de afiliados y el Ministerio de Protección Social, creado bajo este Gobierno con la responsabilidad de dos asuntos trascendentales como la salud y el trabajo, poco tiempo tiene para mejorar las ESE o IPS del ISS ahora a su cargo. Es decir, un total desorden institucional que terminará por justificar el cierre o privatización definitiva del Seguro en un corto plazo.

Otra muestra del proceso acelerado de privatización de la salud es el aumento del gasto de bolsillo que realizan los colombianos incrementado en los recursos adicionales destinados por las familias a pago de medicamentos (40% de las prescripciones de medicamentos en promedio, por no disponibilidad o por no estar incluidos en el POS), copagos y cuotas moderadoras.

El 4 de febrero de 2004 se aumentó en 15% el valor de los bonos que pagan los usuarios cada vez que utilizan los servicios o solicitan un medicamento, muy por encima de la inflación anual y del aumento del salario mínimo; en comparación con el aumento autorizado para los bonos de la medicina prepagada, que fue del 5,5% máximo para el 2004, se observa el contraste de la concepción de equidad que prima en el sistema, donde a los afiliados al régimen contributivo (entre once y trece millones según diferentes estimativos) se les aumenta tres veces lo autorizado para los 850 mil usuarios de la medicina prepagada.

¿A dónde van los recursos en un país con uno de los más altos gastos de salud en América Latina? La respuesta se puede resumir en la siguiente comparación con el país modelo para el sistema colombiano: Estados Unidos, el país del libre aseguramiento, mencionado siempre como ejemplo, tiene el récord de gastos en salud. En 2001 dedicó a ello el 13,9% de la riqueza producida, contra el 10,7% en Alemania, 9,5% en Francia, y 7,5% en Finlandia, donde la gratuidad es la regla.

Actualmente cursa en el Senado el proyecto de Ley 19 de 2004, liderado por el senador Luis Carlos Avellaneda, propone un Sistema de Seguridad Social en Salud Integral y, aunque no modifica la esencia del mecanismo de aseguramiento, la vía de acceso es más progresista y propone la aplicación y operación de los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, equidad, unidad, calidad, participación, integración, irrenunciabilidad, accesibilidad y gratuidad; todos ellos básicos para la garantía del derecho humano a la salud.

Este proyecto es mucho más claro en delimitar las responsabilidades de los diferentes actores, los límites a la rentabilidad de las Empresas Promotoras de Salud, las responsabilidades del Estado en materia de salud pública, la atención integral a toda la población a través de la unificación de los planes de atención (Plan de Atención Integral al País), que como mínimo debe ser igual al actual POS-C y la complementariedad para darle mayor integralidad).

Es explícito en eliminar el pago de cuotas moderadoras y copagos que actualmente limitan el acceso para una buena parte de la población, propone la creación de un Sistema Integrado de Información Nacional en Salud, desarrolla una serie de lineamientos a nivel de política pública en los componentes materno infantil, discapacidad, salud mental, salud oral, entre otros. Igualmente precisa lineamientos de lo que sería el Plan de Salud Pública y su articulación con el Plan de Atención Integral, delinea su operación y las responsabilidades de los actores, fortalece el papel del Estado a través del Ministerio de Protección Social, en coordinación con el INS y el nivel local en cabeza del municipio.

BIBLIOGRAFÍA

AYALA, Germán y **AGUILERA**, Pedro Pablo. Plan Colombia: Un año de autocensura. Cali. Ediciones Universidad Autónoma de Occidente, 2001. 717 p.

CABRERA, Mauricio. Aquelarre de economistas. En El País, Cali (15. Febrero. 2004) [en línea]. Opinión. Cali: El País 2004 [citado 1-03-2004] Disponible en Internet: <http://elpais-cali.terra.com.co/historico/feb152004/OPN/op4.html>.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991. Cali: Ediciones Atenas, 1997. 154 p.

DE CURREA-LUGO, HERNANDET Mario y **PAREDES**, Natalia. La salud está grave una visión desde los Derechos Humanos. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. Francia: Secours Catholique de Francia, 2000. 227 p.

DE LA TORRE, Cristina. Álvaro Uribe o el Neopopulismo en Colombia. Medellín: Editorial La Carreta, 2005. 28 p.

DURAN, Víctor Manuel. Estado Social de Derecho, Democracia y Participación. Surgimiento del Estado Social de Derecho. Capítulo III. [en línea]. México: editorial, 2003, [citado: 12, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://utal.org/movimiento/11c.htm>.

HABERMAS, Jürgen. Historia y crítica de la opinión pública. México: Ediciones G. Pili, 1986. 351 p.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. México: Ediciones McGraw Hill, 1997. 505 p.

LEY 100 DE 1993. Cali: Ediciones Momo, 2003. 552 p.

NOELLE-NEUMANN, Elisabeth. La espiral del silencio. Opinión Pública: nuestra piel social. Allensbach, Alemania: Ediciones Paidós, 1992. 332 p.

PAREDES HERNANDEZ, Natalia. La Salud Pública Entierro Definitivo. Cinep. Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá, 2004. 107 p.

PEDRAZA, Dallanegra Luis. El Consenso de Washington de 1989. [en línea]. Buenos Aires, Argentina, 2003. [citado: 25, 11, 2004]. Disponible en internet: <http://www.geocities.com/luisdallanegra/Amlat/conswash.htm>.

RESTREPO, Javier Darío ¿Cómo informar en medio del conflicto? En: medios y conflicto, el papel de los medios de comunicación en el conflicto interno colombiano. Memorias. Cali, 2003. 182 p.

SAENZ, Juan Manuel. La Crisis del Estado de Bienestar y la Modernidad Reflexiva. [en línea]. Argentina, 2004. [citado: 14, 03, 2005]. Disponible en internet: <http://www.infotxt.com.ar/trabajos.php?load=10/finalx/finalx.shtml>.

TAFUR CALDERON, Luis. El Sistema de Salud de Colombia después de la Ley 100. Facultad de Salud de la Universidad del Valle. [en línea] Cali, 2003. [citado: 12, 03, 2005] Disponible en Internet: <http://colombiamedicaunivalle.edu.co/VOL27NO1/sistemasalud.html>.