

# La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico\*

## The health care reform in Colombia in the late twentieth century: historical approach from the socio-political analysis

### Reforma sanitária na Colômbia dos finais do século xx: aproximação histórica desde a análise sociopolítica

Fecha de recepción: 07-05-12 Fecha de aceptación: 09-08-12  
SICI: 1657-7027(201212)11:23<39:BEACSM>2.0.TX;2-G

Manuel Vega-Vargas\*\*  
Juan Carlos Eslava-Castañeda\*\*\*  
Deisy Arrubla-Sánchez\*\*\*\*  
Mario Hernández-Álvarez\*\*\*\*\*

\* El documento aquí presentado se inscribe en el Proyecto: reformas sanitarias en América Latina. Perspectiva comparativa, Brasil, México y Colombia: 1980-2008, el cual ha sido realizado con el apoyo financiero de Colciencias (código 110149326036) y de la Universidad Nacional de Colombia. El proyecto inició en diciembre de 2009 y concluyó en febrero de 2012. Su finalidad fue entender por qué las reformas de los tres países toman direcciones diversas, a pesar de las presiones internacionales que buscan homogeneidad en los cambios de los sistemas de salud. Este producto recoge solo una parte del análisis efectuado al proceso de reforma del caso Colombia y se complementará con un segundo artículo, donde se analice lo ocurrido en lo que va del siglo XXI, el cual esperamos presentar en uno de los próximos números de esta revista.

\*\* Magíster en Historia, estudiante del Doctorado de Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: nosemuevan2@yahoo.com

\*\*\* Magíster en Sociología, profesor asistente del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: solracnauj2@yahoo.com

\*\*\*\* Candidata a Ph. D., Doctorado de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: djarrublas@unal.edu.co

\*\*\*\*\* Doctor en Historia. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia. Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Doctorado de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mariohernandez62@gmail.com



### Resumen

El artículo busca estudiar, desde un enfoque sociopolítico, el proceso de reforma del sistema de salud en Colombia que tuvo lugar en la última década del siglo xx. El estudio recurre al análisis documental para reconstruir el proceso de cambio, caracterizar las diferentes propuestas agenciadas por los actores políticos y mostrar las tensiones que se plantean al concretar y poner en práctica las propuestas de cambio. Se muestran algunos momentos del proceso de cambio normativo, y también tendencias discursivas y polémicas entre actores, con el fin de evidenciar la complejidad de un proceso de reforma que si bien aparenta ser muy técnico, en su esencia es eminentemente político.

**Palabras clave:** reforma de la atención de salud, política de salud, formulación de políticas, modernización del sector público, sistemas de salud, Colombia

**Palabras clave descriptor:** reforma de la atención de salud, política de salud, formulación de políticas, modernización del sector público, sistemas de salud

### Abstract

The article aims to study, from a sociopolitical approach, the process of health reform in Colombia, which took place in the last decade of the twentieth century. The study draws on documentary analysis to reconstruct the process of change, characterize the different proposed agency found political players and displays the tensions that arise when specifying and implementing the proposed changes. The study show some moments in the process of regulatory change, trends and controversial discourse among actors in order to evidence the complexity of a process of reform although appears to be exclusively technical is in its essence eminently political.

**Keywords:** health care reform, health policy, policy making, modernization of the public sector, health systems, Colombia

**Keywords plus:** health care reform, health policy, policy making, modernization of the public sector, health systems

### Resumo

O artigo procura estudar, desde um enfoque sociopolítico, o processo de reforma do sistema de saúde na Colômbia que teve lugar na última década do século xx. O estudo recorre à análise documental para reconstruir o processo de mudança, caracterizar as várias propostas agenciadas pelos atores políticos e mostrar as tensões que se esboçam ao concretizar e pôr em prática as propostas de mudança. Mostram-se alguns momentos do processo de mudança normativa, mesmo que tendências discursivas e polemicas entre atores, com a finalidade de evidenciar a complexidade de um processo de reforma que, se bem, aparenta ser muito técnico, na sua essência é eminentemente político.

**Palavras chave:** reforma da atenção em saúde, política de saúde, formulação de políticas, modernização do sector público, sistemas de saúde, Colômbia

**Palavras chave descritores:** reforma dos serviços de saúde, política de saúde, formulação de políticas, modernização do setor público, sistemas de saúde



## **Introducción**

Entre las dos últimas décadas del siglo xx y la primera del siglo xxi se llevó a cabo una reforma estructural del sistema de salud en Colombia. El proceso conllevó un tránsito en el modelo de organización sanitaria, desde un Sistema Nacional de Salud enmarcado en un proyecto político de nación al amparo de un ideal de Estado interventor, hacia un sistema de aseguramiento universal, inmerso en un nuevo proyecto político de sociedad el cual exalta el poder ordenador del mercado, ensalza el ideal de la iniciativa privada y reubica la acción del Estado en la modulación del sistema (1-3).

Esta transformación estructural estuvo determinada por los cambios en el régimen de acumulación específico del país y por las necesidades políticas de legitimación de un Estado aún en proceso de construcción, el cual ha estado presionado por un conflicto armado de largo plazo y por el proceso de globalización que, en términos de la política internacional, le ha exigido al país una reorientación de su modelo de desarrollo y un reacomodo de su aparato estatal (4). Por ello, los cambios del sistema de salud, que hemos asumido como “la reforma sanitaria”, se deben comprender como parte de una reforma más estructural llevada a cabo en el país, la cual buscó financiarizar la economía, ajustar el desarrollo del país a las nuevas reglas de los mercados del capital, reducir el papel del Estado y generar una mayor gobernabilidad para el sector político a través del mejoramiento de los mecanismos de clientelización (5-7).

La reforma sanitaria, entonces, se da en medio de una específica correlación de fuerzas sociales, en la que interactúan diferentes actores tanto del ámbito nacional como del ámbito internacional, con intereses diversos, diferentes fuentes de poder y disímiles capacidades y posibilidades de

incidir en la toma de decisiones. El objetivo del presente documento es analizar, desde un enfoque sociopolítico, el proceso de reforma del sistema de salud que tuvo lugar en la última década del siglo xx, el cual constituye una transición entre un sistema nacional de salud, construido durante el tenso siglo xx, y un modelo de aseguramiento que se presenta problemático, entre otras razones, por estar instalado en un complejo proceso de reestructuración de un Estado nacional capitalista periférico (4, 6).

## **Algo sobre el enfoque teórico- metodológico utilizado**

Este trabajo se desarrolla en el marco de un estudio comparativo sobre las reformas de los sistemas de salud en América Latina, donde se reconoce, de manera expresa, que los cambios impulsados en el sector salud están ligados a la dinámica económica, política y social del capitalismo contemporáneo y, por tanto, a los procesos de globalización. Sin embargo, y a pesar de las presiones tendientes a darle cierta homogeneidad a las opciones de cambio, es claro que los diferentes países se comportan de modo diferente aunque compartan ciertas similitudes.

Por ello, dentro del estudio comparativo se profundizó en cada uno de los casos de estudio y, en especial, en el caso de Colombia, dado nuestro interés por entender las especificidades de nuestra propia realidad. El estudio propuesto para entender cada uno de los casos estudiados fue asumido como un trabajo de reconstrucción histórica, bajo el enfoque que hemos llamado sociopolítico y basado en el análisis documental.

Como trabajo de reconstrucción histórica, nos interesa dar cuenta de procesos de cambio social de mediano plazo, con el fin de comprender la complejidad de la dinámica social. Y como análisis sociopolítico,



intentamos relevar las dinámicas de confrontación política entre actores sociales, asumiendo que las decisiones públicas que conducen a una reorganización de los sistemas de salud resultan de una correlación de fuerzas específica, en la que interactúan diferentes formas organizadas de acción colectiva del ámbito nacional y del ámbito internacional, con diferentes fuentes de poder y, por tanto, con diferentes capacidades, estrategias y posibilidades de incidencia en la toma de decisiones (1, 2, 8).

Para precisar nuestro enfoque recurrimos a los aportes del institucionalismo histórico, dado que asumimos que el Estado se configura, de manera simultánea, como arena política y actor sociopolítico, y esto permite entender las dinámicas de formulación e implantación de decisiones y políticas públicas como procesos de ida y vuelta, de mutua afectación, como lo han planteado diferentes autores entre los que se encuentran Mahoney, Rueschemeyer y Skocpol (9). En el proceso participan “expertos” o “técnicos” de diferente orientación política e ideológica, pero siempre en interacción con otras dinámicas y fuerzas sociales de mayor envergadura y complejidad. En este proceso, que denominamos sociopolítico, no solo se disputa con el aparato estatal; también se construye Estado.

De igual manera, recogemos algunos aportes de la economía política para comprender la configuración específica de la correlación de fuerzas del campo de la salud y la seguridad social. En especial, las formulaciones de autores como Théret, quien al plantear el concepto de “modo de regulación” permite entender la configuración de las relaciones entre el régimen de acumulación y el régimen de representación en cada realidad nacional, lo cual, a su vez, posibilita relacionar la dinámica sociopolítica del campo de la salud con procesos sociales más amplios que, en forma importante, la determinan (6, 10).

Como investigación documental, el trabajo recurre a fuentes primarias y secundarias con el fin de caracterizar el periodo de estudio, identificar los actores en disputa, conocer sus posiciones y precisar sus cercanías y distancias discursivas. Para ello se recurrió a técnicas básicas de revisión documental y análisis de contenido (11). En general, se revisaron fuentes oficiales, investigaciones publicadas, tesis de grado y archivos de prensa (años 1993-1998).

## **Resultados**

### **La conflictiva construcción de la base normativa de la reforma sanitaria (1991-1993)**

En medio de una coyuntura política caracterizada por la exacerbación y complejización del conflicto armado interno y la redefinición de dinámicas de dependencia frente a los cambios de los mercados internacionales y las orientaciones de política internacional de los Estados Unidos, llegó a la presidencia el político liberal César Gaviria Trujillo (1990-1994). Durante su gobierno ocurrieron dos acontecimientos de gran relevancia para el país, puesto que marcaron una nueva dinámica sociopolítica y económica: por un lado, se formalizó la entrada de las políticas neoliberales, a partir de la llamada “apertura económica” y, por otro lado, se elaboró una nueva Constitución Política (6, 12).

La apertura económica, una propuesta que había empezado en el gobierno anterior, pero que se aceleró con la llegada de Gaviria, constituyó una puesta a tono con las recomendaciones de los organismos financieros internacionales, los cuales insistían en la necesidad de flexibilizar el mercado laboral y el mercado de capitales. Al mismo tiempo, la nueva Constitución intentó recuperar legitimidad institucional y devolverle credibilidad a un sistema político excesivamente excluyente y muy desprestigiado. En



medio de un proceso de paz incompleto, la Constitución proclamó a Colombia como un Estado social de Derecho e intentó superar el tradicional y viciado bipartidismo, mediante la apertura del escenario político a nuevas fuerzas y partidos (6).

Ambas propuestas se convirtieron en banderas políticas del Gobierno, pero interactuaron de manera diversa a lo largo del periodo presidencial. Al comienzo del cuatrienio, la apertura económica avanzó de manera muy rápida, pero en la medida en que cobraba vida la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), instancia política encargada de elaborar la nueva carta constitucional, la capacidad del Gobierno para hacer reformas fue decreciendo y el proceso de negociación política se tornó más intenso y plural.

En el marco de la ANC se abrió la discusión en torno a la Seguridad Social, como parte de los derechos sociales, económicos y culturales que debían orientar a un Estado social de Derecho. Dicha discusión incluyó el tema de la salud y se llevó a cabo en un periodo relativamente corto. En un primer momento, y a partir de la discusión dentro de la ANC, se constituyó una comisión transitoria establecida por la nueva Constitución, la cual se reunió entre septiembre y diciembre de 1991, pero su propuesta no fue recogida por el Gobierno ni por el Congreso. De manera simultánea, y en diálogo ocasional con la Comisión, varios actores llevaron a cabo un conjunto de foros y diseñaron sus propias propuestas para reformar el sistema de salud y la prestación de servicios asistenciales (3). Mientras las propuestas de salud circulaban, en 1992 el Gobierno presentó un proyecto para hacer una reforma pensional, de carácter privatizador, la cual fue mal recibida tanto por la opinión pública como por un Congreso de la República que reiniciaba funciones, después de la interinidad a que estuvo sometido durante la existencia de la ANC (12, 13).

En un segundo momento, el Gobierno reconsideró su propuesta original y, sin dejar de lado su intención inicial de privatizar las pensiones, incorporó el tema de salud en un proyecto de creación de un sistema de subsidios que fue elaborado a lo largo de la segunda mitad de 1992 y radicado en el mes de noviembre de ese mismo año. Dicho proyecto se insertó en una dinámica de discusión política con las propuestas de reforma construidas por otros actores sociales, lo cual agitó la participación social. El tercer momento correspondió a una fase de intenso debate legislativo, cuyo escenario central fue el Congreso de la República y se desarrolló entre finales de 1992 y finales de 1993, cuando cobró forma la que se conocerá más adelante como Ley 100 de 1993 (3, 13).

En términos generales, las discusiones realizadas pusieron en confrontación tres propuestas diversas sobre la manera de organizar el sector, las cuales estuvieron ligadas a actores específicos, participaron de la contienda política según la particular correlación de fuerzas en ese momento y se expresaron con total claridad en el nuevo Congreso de la República a partir de 1992 (13-15).

La primera propuesta, defendida por el Ministerio de Salud bajo la dirección de la Alianza Democrática M-19 (AD-M19), buscó la creación de un sistema de aseguramiento universal descentralizado, pero financiado en forma unificada. Allí se planteó una financiación pública con administración territorial a través de direcciones de salud y el fortalecimiento de la red de hospitales públicos y los programas de atención primaria. Esta propuesta fue defendida por Camilo González Posso, en ese momento ministro de Salud, y por Carlos Agudelo, viceministro, quienes se apoyaron en un grupo de consultores como Julio Silva Colmenares, Iván Jaramillo y Guillermo Olano para validar el proyecto de creación de un seguro nacional de salud (3, 14).



La segunda propuesta estuvo liderada por un grupo de técnicos del Departamento Nacional de Planeación (DNP) al que pertenecían economistas como Juan Luis Londoño y Nelcy Paredes, y que contaba con el apoyo mayoritario de funcionarios de alto nivel y el aval del presidente de la República. Esa propuesta optaba por el aseguramiento individual, los subsidios a la demanda para la población de menores recursos y la instauración de la libre competencia entre aseguradores y entre prestadores, estatales y privados. Se contemplaba la segmentación en distintos niveles con la creación de dos subsistemas: uno para los trabajadores asalariados y sus familias, operado por aseguradoras públicas y privadas, y otro, subsidiado y de carácter público para la cobertura de la población pobre. Los demás prestadores de salud (clínicas privadas, organizaciones de beneficencia, hospitales públicos) debían adaptarse para funcionar bajo la lógica de la libre elección por parte del usuario (13).

La tercera propuesta, presentada por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), estuvo encabezada por Cecilia López Montaña, entonces su directora general, quien formaba parte de una facción liberal liderada por Ernesto Samper que se oponía a la línea aperturista radical representada por el presidente Gaviria. La propuesta de este grupo consistió en un seguro universal administrado bajo la lógica institucional del Seguro Social. La idea era aumentar los afiliados al régimen contributivo del ISS mediante subsidios gubernamentales. Los miembros de este sector aceptaban cierto nivel de competencia, siempre y cuando se mantuviera el monopolio de esta institución en el sistema de afiliación y de recaudación de las cuotas. El sector médico sindicalizado en la Asociación Médica Sindical (Asmedas) apoyó en buena medida esta tendencia, aunque cabe señalar que su posición no fue monolítica (13, 14).

Por su parte, los médicos del sector privado reunidos en la Asociación Médica Colombiana y en la tradicional Federación Médica Colombiana, tuvieron una limitada participación en los debates, a pesar del peso que este gremio siempre ha tenido dentro del sector. Las pocas expresiones públicas de estos actores mostraron una opinión favorable y de apoyo a la propuesta del Ejecutivo, debido a que uno de sus intereses era ampliar las posibilidades de controlar parte del aseguramiento o aumentar la contratación como prestadores privados (3). Otros actores como la Unión Patriótica, algunos académicos y algunos políticos de larga trayectoria en el sector, como Antonio Yepes Parra del Partido Liberal, participaron de las discusiones, aunque sus propuestas apuntaban a aspectos específicos de administración o cobertura, sin lograr un acuerdo integral sobre la ruta de las transformaciones (13).

Algunas instancias universitarias y organizaciones no gubernamentales como la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia también participaron en las discusiones mediante investigaciones, foros y seminarios sobre el tema, aunque en el caso de los académicos, su papel no fue protagónico, a pesar de que, según lo mencionado por Juan Carlos Ramírez, los estudios de Fedesarrollo incidieron en el enfoque definitivo del proyecto de reforma (14, 16).

Especial mención merece la participación de la Central Única de Trabajadores (CUT), la cual articuló una propuesta más integral de reforma del sistema de salud, dentro de la idea de crear un sistema nacional de seguridad social. A pesar de proponer un proyecto de ley específico que canalizaba las expectativas de una parte del sector agremiado de los trabajadores, la dinámica política los fue marginando como propuesta independiente (13).



Si bien durante las discusiones se dieron posiciones coincidentes sobre la necesidad de ampliar las coberturas y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, fueron más fuertes los desacuerdos entre quienes abogaban por la necesidad de impulsar un sistema público universal y los que defendían el aseguramiento individual y la introducción de mecanismos de mercado. Los enfrentamientos entre estas corrientes y la falta de consenso en temas centrales como el tipo de aseguramiento, el papel del Estado, la separación entre aseguradores y prestadores de los servicios y la financiación fueron el pretexto para que los resultados de esta discusión no tuvieran gran peso en la formulación del proyecto de reforma que haría el Ejecutivo.

En medio de debates y forcejeos, el Gobierno propuso una reforma del sistema de pensiones que se acoplaba muy bien con la reforma laboral iniciada con la Ley 50 de 1990, dirigida a la creación de fondos privados, con lo cual aplazaba la reforma a la salud; éste fue el proyecto de Ley 155 de 1992. La propuesta generó muchas críticas que, en su mayoría, se referían a los perjuicios de la privatización, a problemas de solidaridad e integralidad, así como a la intención del Gobierno de sancionar la ley sin la participación de los sectores sociales afectados. El dejar de lado la salud en la agenda del Gobierno no fue bien recibido por varios de los miembros de la Comisión Séptima del Senado, la cual estaba encargada de los asuntos de la seguridad social y en la que tenían representación actores sociales como los pensionados, la AD-M19 y la Unión Patriótica, además de algunos médicos como el parlamentario conservador Jaime Arias quien, a pesar de ser proclive a las posiciones del Gobierno, demandó la necesidad de incluir la salud. Esta comisión vetó el proyecto 155 y solicitó al Gobierno una reforma integral de la seguridad social (3).

Con el fin de neutralizar las presiones de estos actores, el presidente Gaviria convocó a un grupo de técnicos para que elaboraran una nueva propuesta que integrara salud y pensiones. En este sentido, el Gobierno tuvo que dar un paso atrás y diseñar una nueva estrategia política para sacar a flote la reforma. La correlación de fuerzas lograda por diferentes sectores sociales ya había producido un primer punto de no retorno en el proceso político, por lo cual ya no era fácil volver a aislar el tema de salud, avanzar sin más en una privatización a fondo y, menos aún, pensar en el desmonte del Instituto de Seguros Sociales.

El grupo técnico convocado por el presidente quedó bajo la supervisión del ministro de Salud e integrante de la AD-M19, Gustavo de Roux, y del subdirector del DNP, el liberal Juan Luis Londoño. Otros integrantes del grupo técnico fueron Nelcy Paredes del DNP, Eliseo Velásquez del ISS, Mauricio Perfetti del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e Iván Jaramillo, asesor del Ministerio de Salud. Entre octubre y noviembre de 1992 este equipo se encargó de elaborar una propuesta para la reforma del sector salud, la cual debía combinar elementos de competencia con mecanismos solidarios y de compensación, con el claro propósito de conciliar los enfoques que estaban en confrontación desde las discusiones de la comisión transitoria creada por la ANC (14, 17).

A pesar de los esfuerzos de conciliación, la división interna del Gobierno le restaba capacidad de control. La manera de resolver la tensión fue aumentar la presión sobre el ministro de Salud, quien en medio de la división partidista dentro de la AD-M19 terminó renunciando en noviembre de 1992. Muy rápidamente De Roux fue reemplazado por Juan Luis Londoño, lo que coincidió con la renuncia de Cecilia López de la dirección del ISS y su reemplazo por Fanny Santamaría.





Según Juan Carlos Ramírez, con estos cambios el presidente Gaviria logró conseguir la suficiente coherencia al interior del Gobierno para llevar a cabo las propuestas de reforma que estaba impulsando (16).

Durante los primeros meses de 1993, varios actores presentaron propuestas de organización del sector de la salud y la seguridad social, con la intención de que fueran tenidos en cuenta en la versión final del proyecto que estaba elaborando el Gobierno. En primer lugar, un grupo del Partido Conservador, liderado por Jaime Arias, propuso la articulación de la salud al proyecto del Gobierno acerca de las pensiones, pero como un eje independiente. Su proyecto se centraba en la creación de un sistema de protección pública en salud que mantuviera los tres subsectores tradicionales, pero con la aprobación de un seguro popular para la atención de los más pobres, propuesta bastante similar a la presentada por el ministro Londoño y que fue vetada por el Congreso (13).

La Fundación para la Educación Superior (FES) lideró la conformación de un grupo encabezado por Francisco Yepes Luján e integrado por académicos, parlamentarios, alcaldes y trabajadores del sector salud. Esta alianza conocida como “Grupo de Macropolíticas de Salud y Seguridad Social”, propuso la creación de un sistema de aseguramiento por capitación, libertad de elección de los usuarios y de competencia en la prestación de los servicios, la transformación de los hospitales públicos en empresas y la conversión del ISS en dos empresas independientes encargadas de atender seguros de salud y seguros económicos respectivamente. Como parte de las iniciativas discutidas dentro de este grupo también estuvo la presentada por el liberal Antonio Yepes Parra, cuyo énfasis estaba en la descentralización del ISS (13, 14).

Asmedas y la Asociación de Facultades de

Medicina (Ascofame) coincidieron en la necesidad de conservar y fortalecer al ISS y en aumentar la contratación con instituciones privadas, mientras que organizaciones como la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas (Anthoc) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) estuvieron a favor de la creación de un sistema público único que integrara tanto a la red pública como al ISS (13).

Aunque las empresas aseguradoras de salud privadas habían estado presentes de una u otra forma en los debates previos, y habían apoyado al Ejecutivo en la idea de privatizar al estilo chileno, solo hasta este momento se pronunciaron abiertamente mediante la Asociación de Empresas de Medicina Integral (Acemi). Su propuesta se basaba en la focalización, la libertad de elección, la descentralización y la separación de la administración financiera y la prestación de los servicios. Este proyecto planteaba la creación de dos subsistemas: uno de seguros privados de salud, manejado por aseguradoras con total autonomía, y otro de subsidios directos individuales para la población de bajos ingresos, además de la reorganización del ISS y de las cajas de previsión. Adicionalmente, aparecieron nuevos actores como los indígenas y los afrodescendientes quienes, en el campo de la salud, reclamaban la constitución de regímenes especiales para sus comunidades (14).

En general, la mayoría de las propuestas contemplaban introducir la competencia entre agentes públicos y privados, establecer un plan de cobertura para la población pobre, además de mantener al Ministerio de Salud como ente rector de las políticas del sector. Las diferencias se manifestaron en temas como el aseguramiento, los planes de beneficio, los niveles de descentralización, la competencia, el nivel de los recursos públicos, los riesgos de generar selección adversa





por parte de los aseguradores privados y los grados de participación que debían tener el Estado y el mercado (16, 17).

El ejercicio de discusión sobre el Proyecto de Ley 155, que se llevó a cabo en diferentes lugares del país, efectivamente reunió a muchos actores de diversos sectores de la sociedad; sin embargo, como lo reclamaron ciertos actores algún tiempo después, no a todos se les puso la misma atención. De hecho, la opción del aseguramiento público universal quedó excluida. El escenario de la discusión delineó el campo de fuerzas que actuaba en torno a la reforma e hizo visible la relación que existía entre la propuesta de reforma y el proceso de cambio estructural del Estado, la cual quedó inscrita en el marco de una autoproclamada modernización (3).

Con estos antecedentes, a finales de marzo de 1993, se conformó un equipo para el estudio de las propuestas de reforma realizadas por los distintos actores y para elaborar el articulado final del proyecto. Estaba coordinado por el Ministerio de Salud y contaba con la participación de representantes del Ministerio de Trabajo, el ISS, las cajas de compensación, Acemi, los servicios de salud públicos regionales y los parlamentarios Álvaro Uribe Vélez y María del Socorro Bustamante, quienes fueron los encargados de coordinar los debates en la Cámara y en el Senado. Finalmente, el Proyecto 155 fue modificado con el fin de incluir la reestructuración del sector salud en el marco del sistema de seguridad social.

La actuación del ministro Londoño fue determinante en la definición y en el contenido de la propuesta definitiva. Una de sus preocupaciones durante los debates fue mantener las directrices generales establecidas por el presidente Gaviria, las cuales señalaban la necesidad de abrir el sector salud a la competencia del mercado y disminuir la participación del Estado en el manejo

de los servicios. Finalmente, el Proyecto de Ley 155 fue presentado nuevamente ante el Congreso en 1993 y, en medio de un intenso debate parlamentario, dio origen a la Ley 100 de ese año.

Para ese momento, el escenario político había sufrido importantes transformaciones. En particular, el movimiento de izquierda AD-M19 había dejado de tener un papel protagónico en los debates, después de su retiro del Ministerio de Salud, y la fracción liberal opositora al Gobierno ya no estaba en la dirección del ISS. Además, se había consolidado en el poder un equipo de tecnócratas cuya labor ideológica pretendía definir como un asunto técnico lo que tradicionalmente era considerado del resorte de la política. En esta etapa, el equipo técnico liderado por Juan Luis Londoño y apoyado por el presidente Gaviria logró tener el control de la situación, lo que le permitió impulsar una reforma sanitaria de corte neoliberal. Sin embargo, en el escenario parlamentario volvieron a aparecer las disputas y contradicciones presentes en el país, las cuales muestran las complejidades de una sociedad en plena ebullición y atravesada por un conflicto armado de larga duración. Al final del proceso de discusión legislativa, la Ley 100 dio lugar a un sistema de aseguramiento con competencia regulada (17, 18).

### La prueba de fuego del control de constitucionalidad (1994-1995)

El primer reto que tuvo que afrontar el nuevo y complejo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, fue la criba de la recién creada Corte Constitucional, instancia del poder legislativo encargada de constatar la exequibilidad de las leyes producidas en el poder legislativo. Este control pretendía garantizar el apego de la ley al marco constitucional como el equilibrio en el sistema de controles y contrapesos de poder



en la singular democracia colombiana. Pese al carácter aparentemente técnico que suponía el examen de constitucionalidad de la Corte, este era, en el fondo un proceso político en el cual se expresaban las tensiones entre diversos sectores sociales. De esta manera, y gracias a los desarrollos de la Constitución de 1991, la rama judicial se fue constituyendo un campo conflictivo de correlación de fuerzas en el cual el lenguaje y los procedimientos propiamente jurídicos se transformaron en las armas discursivas y prácticas de lucha, de diversos actores, en torno al derecho a la salud.

Una demanda presentada a la Corte Constitucional en 1994 sometió al SGSSS al examen de los magistrados. Para los demandantes, la Ley 100 tenía un carácter estatutario pues reglamentaba el derecho fundamental a la seguridad social. En estas condiciones, debía haber sido aprobada en un solo periodo legislativo, según lo ordenado por la Constitución, pero esto no había ocurrido (19). Este tema, presente desde las discusiones del año anterior en el Congreso, había sido empleado como un argumento importante por parte de los opositores del Gobierno para intentar contener el avance de la discusión legislativa (3). Con la ley sancionada por el ejecutivo, los detractores de la reforma volvían a usar este argumento para torpedear la reglamentación del nuevo SGSSS (20).

En el pleito intervino el Ministerio de Salud aduciendo que la seguridad social no constituía un derecho fundamental, pues no estaba incluida en el capítulo I del título II de la Carta Constitucional. Apoyado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el Ministerio aclaraba además que las leyes estatutarias eran una excepción al sistema general o de mayoría que dominaba el proceso legislativo y que, por tanto, no toda regulación relativa a derechos fundamentales era materia de ley estatutaria.

Así, el debate reafirmaba la idea según la cual la seguridad social constituía un servicio público y un derecho fundamental conexo. En cuanto servicio público, la ley ordinaria debía regular las obligaciones del Estado y de las instituciones que lo prestaran, mientras que en relación con el derecho, una ley estatutaria podría desarrollarlo y complementarlo. Lo interesante de este debate, que desde un principio parecía perdido para los demandantes, es que ponía sobre la mesa la interpretación de la seguridad social como servicio público, el cual había permitido la elaboración de un modelo de mercado regulado. No era un simple asunto de términos, la discusión dejaba ver claramente el alcance de la idea neoliberal de derechos introducida por la Constitución en este campo (21, 22).

En el proceso de la demanda intervino también el Procurador General de la Nación como representante del Ministerio Público. A través del oficio 417 del 13 de mayo de 1994 y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 242 y 278 de la Constitución Política, rindió su concepto solicitando la exequibilidad del conjunto de la norma y la inexecutable de algunos artículos particulares. Específicamente, instó a declarar inconstitucional el apartado que negaba los derechos adquiridos por los pensionados, a lo que la Corte dio finalmente una respuesta positiva (23).

De otra parte, el Procurador reafirmaba la idea según la cual la Constitución Política no clasificaba a la seguridad social como un derecho constitucional fundamental, aunque se reconocía que, tan solo en forma muy particular, la seguridad social se contaba entre los derechos fundamentales de los niños (Constitución Política, Art. 44). Por todo ello, el Ministerio Público apoyó las tesis del Ministerio de Salud insistiendo en que la regulación y el régimen jurídico de la salud y la seguridad social le correspondía fijarlo a la ley ordinaria (23).



El debate lo cerró finalmente la Corte al dictaminar, el 15 de septiembre de 1994, que la Ley 100 no debía ser objeto de reglamentación mediante la vía legal exceptiva de las leyes estatutarias, por no corresponder a los elementos de derechos fundamentales que quiso el constituyente someter a dicha categoría legal, toda vez que se trataba de elementos de tipo asistencial que provenían, en algunos casos, de la existencia de una relación laboral y, en otros, de la simple participación en el cuerpo social. Así, la Corte rechazó el cargo planteado en la demanda contra la Ley 100, por razones de forma, dejando en pie el fundamento legal del SGSS y descartando algunos de sus artículos.

Durante 1994 otras once demandas fueron elevadas ante esta instancia judicial para derogar apartes de la ley. Estas demandas, y las que tuvieron lugar durante los años siguientes (catorce en 1995, trece en 1996 y cinco en 1997) sobre artículos de la Ley 100 y decretos reglamentarios, daban cuenta de los traumatismos que ocasionaba el nuevo SGSS, así como de la defensa de los derechos adquiridos por parte de pensionados y trabajadores ante las transformaciones en curso. La importancia de la Corte como escenario sociopolítico es indiscutible. A su vez, el examen de constitucionalidad, como herramienta legal, resultó muy eficiente toda vez que en algunas ocasiones las demandas lograron prosperar, declarando inexecutable algunos apartados de la legislación que resultaban nocivos para diversos sectores sociales. Sin embargo, el conjunto de la norma superó todas las acusaciones.

Lo interesante es que la discusión en la rama judicial no consistió solo en el conflicto entre una norma abstracta y su aplicación, o en la eficacia del mecanismo de la tutela. Además se revelaron disputas entre actores, conflictos entre tendencias políticas, tensiones entre las ramas del poder y oposiciones entre modalidades de interpretación jurídica. En

el centro de todo ello estaba la disputa entre una interpretación del derecho a la salud como atributo propio de la ciudadanía y el derecho concebido como titularidad, que según los neoliberales podía ser compatible con el mercado de la salud (21).

### Tensiones en el proceso de reglamentación (1995-1997)

Después de este primer reto y ante la inminencia del fin del gobierno de Cesar Gaviria, los funcionarios de la cartera de salud se esforzaron en ordenar la creciente legislación que comenzaba a aparecer en torno a la organización del SGSS, intentando blindar el espíritu de la reforma de las interpretaciones que podría hacer el próximo gobierno. Este afán, sin embargo, no resultó del todo afortunado. Una de las primeras normas expedidas por el poder ejecutivo saliente fue el Decreto 1298 de junio 22 de 1994, por el cual se expidió el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud (24), en uso de las facultades extraordinarias dadas al presidente.

Pese a las pretensiones del Decreto, las facultades empleadas violaron la prohibición contenida en el artículo 150 de la Constitución Política, según el cual dichas facultades no se podrían conferir para expedir códigos. En efecto, el esfuerzo de sistematizar e integrar en un solo cuerpo jurídico las normas vigentes podía ser considerado como un trabajo de codificación, el cual, al suprimir normas repetidas o superfluas, amenazaba con derogar normas constitutivas de leyes orgánicas o estatutarias. Así las cosas, este primer decreto fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional, mediante la ponencia presentada por el magistrado Fabio Morón Díaz, y a través de la Sentencia C-255/95 del 7 de junio de 1995.

Para ese mismo año se produjo el Acuerdo 31 de marzo 27, por el cual se adoptó



el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud (CNSSS), máxima instancia de dirección del SGSSS. La reglamentación de este Consejo fue fundamental, toda vez que esta instancia terminó influyendo decisivamente en varias discusiones importantes dentro del proceso de implementación de la Ley 100, como la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la definición del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la determinación de las inclusiones y exclusiones del sistema. Como lo proponen Gómez y Sánchez, tres actores centrales formaron parte del CNSSS: el Gobierno, los empleadores y los trabajadores, si bien el número de sus miembros fue de catorce (25).

Cabe señalar que varios miembros de la Comisión consideraban que algunos de sus colegas no contaban con la capacidad técnica requerida, que su representatividad era reducida y que se presentaba un desnivel entre la representación de los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) con respecto a todos los demás (25). Las relaciones entre los miembros de las distintas organizaciones como Asmedas, la CUT, la Confederación Nacional de Pensionados, la ANDI, Fenalco, la ACHC, la Federación Nacional de Cafeteros, Acemi, los ministerios correspondientes y el ISS no serían fáciles y su presencia no significaba necesariamente la inclusión de todos los sectores involucrados en el SGSSS. Las relaciones de poder al interior de esta instancia suponían no solo tensiones relativas a las divergencias ideológicas o a los intereses sectoriales sino, y sobre todo, a la articulación que cada uno de ellos con el mercado de la salud que se abría paso.

Los esfuerzos siguientes en la reglamentación y puesta en marcha del SGSSS tuvieron lugar durante la presidencia de Ernesto Samper (1994-1998), quien pese a formar parte del Partido Liberal no comulgaba con algunas de las orientaciones económicas puestas

en juego por su copartidario y antecesor César Gaviria. La propuesta económica de Samper era la de una apertura gradual liderada por un Estado de corte cepalino. Sobre esa ruta, su gabinete intentó establecer un pacto social de productividad, precios y salarios, compromiso fundamental para el control de la inflación. Con la fe puesta en el “capital humano” como base fundamental de la ventaja competitiva y comparativa de América Latina, Samper propuso integrar la política económica y la política social a través de la generación de empleo y la educación.

Aunque entre los años 1993 y 1995 el PIB alcanzó el crecimiento proyectado del 5%, esto no se reflejó en la disminución de la pobreza por ingresos, que siempre se mantuvo por encima del 50%, al tiempo que la concentración del ingreso presentó un aumento constante. Además, desde 1996 cuando empezaron los síntomas del estancamiento económico, el aumento del PIB se revirtió y llegó a ser negativo, hasta llegar a -4,0% en 1999, mientras que la tasa de desempleo empezó a crecer de manera acelerada hasta llegar a un 22% (26).

La garantía de los derechos sociales, económicos y culturales fue concebida por el gobierno de Samper como parte de una política social universalista, pero de marcado tinte neoliberal, que le permitiría al Estado ser responsable por todos los ciudadanos, pero con participación de los particulares y con énfasis del gasto público en los más pobres a través de la aplicación de los mecanismos de subsidio a la demanda. Samper se propuso implementar la Red de Solidaridad, fortalecer el sistema de bienestar en cabeza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) e implementar de forma paulatina la reforma de la seguridad social. En este último aspecto cabe señalar el empoderamiento transitorio que dio su gobierno a las entidades territoriales para la ejecución del régimen subsidiado, el estímulo para la



creación de Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), la conversión de hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), el fortalecimiento del sistema de calidad, el fortalecimiento de las competencias de gestión de los entes territoriales y la consolidación del sector solidario, como base para consolidar la sociedad civil (14).

Si bien las reformas estructurales habían buscado disminuir el gasto público, entre 1994 y 1998 este gasto aumentó al ritmo que crecía el gasto social. Según Giraldo, el gasto público como porcentaje del PIB pasó de 7,8% en 1985, año del ajuste fiscal en Colombia, a 10% en 1993 y a 13,5% en el periodo de 1997-2001 (6). Este aumento fue de la mano con la descentralización política, administrativa y fiscal. La élite política de los años noventa mantuvo la tradición del Frente Nacional de utilizar los recursos públicos para fomentar el capital electoral y, durante el periodo de las reformas estructurales, la política social se convirtió en el principal instrumento para captar estos recursos.

Con todo, la situación de déficit fiscal de esos años fue tan caótica que en la declaración de la emergencia económica realizada por el gobierno Samper en el año de 1997, se afirmaba que el “Salto Social”, nombre del Plan Nacional de Desarrollo, se ejecutaría solo en el 75% de lo planeado y que el 25% quedaría sin respaldo financiero. Aunque, por cierto, se señalaba que el recorte no afectaría a las fuerzas militares ni a la rama judicial. Si bien en teoría el plan de gobierno buscaba una fórmula de equidad a través de la generación de empleo y educación, en 1997 se reconoció que el empleo era el lunar de dicho plan (27). Como resulta apenas obvio, esta crisis del empleo comprometería la posibilidad de tener un crecimiento sostenido en las afiliaciones al nuevo SGSSS.

que ver con el informe del Relator sobre Derechos Humanos a la 51ª sesión de la Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre ejecuciones sumarias o arbitrarias (28). La segunda, y tal vez la que tuvo una mayor cobertura mediática, fue realizada por el Gobierno de los Estados Unidos, el cual afirmó en el año de 1995 que Colombia no había hecho lo suficiente en la lucha contra el narcotráfico. Esto, por cierto, ponía en riesgo la relación de Colombia con los organismos financieros internacionales, como el FMI, así como las relaciones comerciales del país con Estados Unidos y con algunos países de la región, pues se perdían los beneficios de la ley de preferencias arancelarias andinas. En último término, lo que estaba en juego eran los recursos para llevar a cabo la apertura económica, lo cual generó tensión en las relaciones entre el Gobierno y los empresarios colombianos, quienes habían apoyado la candidatura de Samper e incluso dieron dineros para apoyar la campaña.

En un escenario de “crisis política” generado por la denuncia de la infiltración de dineros provenientes del narcotráfico en la campaña de Samper, la élite empresarial emprendió el camino de la política internacional y actuó como “embajadora” ante el Gobierno norteamericano y ante diferentes países de la región (29). Solo al término del periodo los gremios respaldaron al presidente, lo cual se hizo manifiesto en 1997 durante la declaración de emergencia económica (30). No obstante, en el mes de marzo del mismo año, la emergencia fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional y el Gobierno se vio forzado a imponer una sobretasa arancelaria para superar la crisis, con lo que se explicitaban las dificultades de la entronización del neoliberalismo y los retos que este debía superar a propósito de la dinámica política nacional y la coyuntura gubernamental.

En este contexto de crisis del sistema

70 Dos descertificaciones fueron el golpe de gracia del periodo Samper. La primera tuvo



político, reajustes y profundización tensa de la apertura económica, vino un periodo de inactividad en la implementación del proceso de reforma, que se prolongó hasta el 3 de octubre cuando se reunió el CNSSS y el Gobierno expresó la necesidad de reducir la UPC, que había sido fijada en 141.600 pesos en el Acuerdo 007 del 28 de julio de 1994. Después de un periodo de intensas discusiones, el CNSSS aprobó modificar la UPC y la redujo a 121.000 pesos, a la vez que aumentó la cotización de 11 a 12% a partir del 1º de enero de 1995.

Tras estos impases iniciales, la aplicación de la reforma se reinició a finales de 1995, momento en el cual se fijó un término para iniciar la cobertura familiar para todos los afiliados al ISS a partir del mes de junio. Esto permitió, en el primer semestre, la afiliación individual, lo cual frenó de manera importante la ampliación del cubrimiento familiar y creó una diferencia muy notoria entre el desempeño del ISS y las demás EPS, si bien este proceso tuvo particularidades regionales (31).

Entre tanto, el diseño del sistema avanzaba durante el mes octubre, cuando el CNSSS definió las características del plan subsidiado, fijó la UPC-S en 75.000 pesos y definió las reglas de juego para las entidades que podrían participar en el sistema. Ahora bien, ese primer momento de freno y reactivación en la implementación del SGSSS (julio-octubre de 1995) puede ser explicado, en gran medida, por la orientación de los miembros de la cartera de salud que acompañaban al presidente Samper. Cabe resaltar que el primer ministro de salud del gobierno Samper fue el médico Alonso Gómez (1994-1995), quien había estado vinculado al gremio de trabajadores de los hospitales públicos y era declarado opositor a los cambios aprobados en 1993. Gómez no estuvo dispuesto a gestionar la transición de los subsidios a la oferta hacia los subsidios a la demanda, como lo

establecía la ley, ni a apoyar la creación de empresas de salud privadas (14).

Retando el lapso inicial de siete años establecido por la Ley 100 para la transformación de los fondos públicos, y apoyado en el Plan Nacional de Desarrollo de Samper, Gómez alteró los acuerdos que abrían la competencia al sector privado y a cambio buscó fortalecer los entes territoriales para que fueran los encargados del manejo de los recursos destinados a la población más pobre. Con este propósito expidió el Decreto 2491 de 1994, por medio del cual delegaba la responsabilidad de la afiliación de la población subsidiada a las direcciones territoriales de salud, convirtiéndolas en EPS transitorias y excluyendo por esa vía la intervención de EPS privadas recién creadas, cajas de compensación y otras cajas solidarias.

Según Iván Jaramillo, la motivación fundamental para introducir el Decreto 2491 y sostener de algún modo el monopolio estatal sobre los recursos de la salud obedecía, fundamentalmente, al exceso de liquidez de la cuenta de solidaridad del Fosyga y de los presupuestos municipales, por cuenta de los recursos no ejecutados destinados al régimen subsidiado; entre tanto, los hospitales sufrían graves problemas de financiación. Según este autor, la cuenta del Fosyga acumuló en 1994 cerca de 200 millones de dólares, y el año siguiente llegó a los 350 millones de dólares, mientras que los municipios habían acumulado alrededor de 120 millones de dólares anuales destinados al régimen subsidiado. Una suerte de ánimo malsano guió, según Jaramillo, las intenciones del gobierno Samper. No obstante, era preciso reconocer que la implementación de la facturación en los hospitales y la aplicación del Sisben fueron dos avances importantes ocurridos durante el cuatrienio de Samper (18).

Pero el retrasar la transformación de los subsidios no fue de buen recibo para las





aseguradoras de salud privadas, ni para el equipo encargado del diseño de la reforma, quienes comenzaron a ejercer presiones aduciendo que las medidas del ministro Gómez habían generado un retraso de dos años en el inicio de la implementación del sistema. Entre tanto, las conclusiones del Foro Nacional Avances en el desarrollo del SGSSS, realizado entre el 5 y el 6 de diciembre de 1995, revelaban cómo varias regiones abogaban por un fortalecimiento de las EPS transitorias para que continuaran cumpliendo su función más allá del 31 de diciembre de ese año, pues se consideraba que las EPS privadas no estaban aún preparadas (32).

A esta discusión sobre la transición del sistema, se sumaron algunas expresiones de descontento con su funcionamiento. Así quedó expreso en la prensa nacional cuando el representante de los profesionales de la salud ante el CNSSS enumeró un conjunto de problemas que, desde su perspectiva, ponían en entredicho el avance de la reforma. Para él, los problemas que afrontaba el SGSSS de los colombianos no solo eran de los trabajadores del sector, ni eran exclusivamente salariales. También tenían que ver con las carencias de las instituciones de salud del sector público: la falta de insumos y suministros, el atraso tecnológico y la escasez de personal, reflejo de la falta de recursos financieros y deficientes administraciones (33). En el centro de estas dificultades se situaba, primero, la transición de un sistema de subsidio a la oferta por otro de subsidio a la demanda, aunque sus críticas se enfilaban también hacia el POS. Para este consejero, la instauración del POS del régimen contributivo habría recortado ostensiblemente lo que daba el ISS a sus afiliados cotizantes como sucedía con los pensionados (33).

Pero frente a las inquietudes emitidas, aparecieron las ilusiones de los administradores de los seguros, quienes empezaban a encontrar

jugosos beneficios. Según el superintendente bancario Jorge Castellanos Rueda, la actividad de los seguros en la primera mitad de 1995 mostraba un crecimiento de las utilidades, impulsado principalmente por el producto de las inversiones evaluadas a precio de mercado (34). El sistema de banca-seguros, que consistía en el uso de las redes bancarias para fines relacionados con seguros, había sido autorizado en el Decreto 2423 de 1994.

Los beneficios de este sistema de comercialización de seguros para los establecimientos de crédito eran, entre otros, nuevos ingresos, ampliación de los servicios a sus clientes y captación de nuevos clientes. A su turno, para las entidades aseguradoras los beneficios eran una mayor extensión de su presencia comercial, reducción en los costos, facilidades en la financiación y recaudo de primas. Además, el mercado de seguros en establecimientos bancarios brindaba a las compañías aseguradoras la posibilidad de entrar en contacto directo con un sinnúmero de personas y eran justamente esas mismas personas las que quedarían atadas al aseguramiento (34).

Mientras el sector financiero había encontrado en la salud un nuevo lugar para su acumulación, comenzaban a emerger los balances y las críticas al SGSSS, se perfilaban los favorecidos y los desfavorecidos, y se incrementaban las protestas de los sindicatos, los cuales se negaban a apearse a las nuevas reglamentaciones. Las presiones surgidas en el proceso, aunadas al desgaste político sufrido por el gobierno del presidente Samper ante la opinión pública debido a las acusaciones que lo vinculaban con el narcotráfico, llevaron al gobierno a intentar limar asperezas en el sector y ello condujo al reemplazo del ministro Gómez, en julio de 1995. El nuevo titular de la cartera de salud fue el médico Augusto Galán Sarmiento (1995-1996).





Galán sí tenía una posición favorable ante la reforma, por lo que reorientó la política de salud y creó las garantías para asegurar la puesta en marcha de la Ley 100. El nuevo ministro interrumpió los planes y proyecciones establecidos en el Decreto 2491 de 1994, e inició el proceso de implementación del régimen subsidiado con un nuevo decreto (2357 de 1995) que ponía fin al ejercicio transitorio a cargo de las instancias públicas territoriales y establecía regulaciones para la instauración de la competencia y la focalización de la población más pobre. Esta norma estipulaba que la afiliación subsidiada se hiciera mediante las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Cajas de Compensación Familiar (CCF). También autorizaba la conformación de un primer grupo de aseguradoras privadas para administrar el régimen contributivo. Así, con un cambio de ministro se superaba un segundo reto para el SGSSS y se dejaba atrás esa pausa que le restó ritmo a la implementación del nuevo sistema.

Más adelante, cuando el régimen subsidiado empezó a ser implementado, el exministro de salud Alonso Gómez trató de obstaculizar los cambios desde su nuevo cargo como asesor presidencial en asuntos de salud. Como lo relata Mónica Uribe, desde ese espacio gestionó la aprobación del Decreto 294 de 1996 por medio del cual se creaba el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario (14). Esta medida buscó mantener los subsidios a la oferta y fortalecer a las instituciones estatales, al menos durante los años de 1994, 1995 y 1996. Esto generó nuevas resistencias por parte de las empresas privadas de salud y de un sector del gobierno, y aunque no alteró los propósitos de la Ley 100 de 1993, sí retrasó la puesta en marcha del Decreto 2375 hasta mediados de 1996 (18).

Al finalizar 1996, el Gobierno formalizó el retiro gradual de los subsidios a la oferta transferidos a los hospitales públicos, lo

que significaba la disminución de cerca del 50% de los recursos de estas instituciones, las cuales debían comenzar a operar bajo la lógica de la demanda. Al iniciarse el proceso de reestructuración institucional, tanto Sintra ISS como los trabajadores de la red hospitalaria pública opusieron una fuerte resistencia, negándose a aceptar las nuevas reglas de contratación y funcionamiento.

Con la posesión de los ministros Augusto Galán, y posteriormente María Teresa Forero de Saade (1996-1997), el sector privado obtuvo mayor tranquilidad y comenzó a participar con decisión en las regulaciones al régimen subsidiado, mientras se ampliaba la afiliación en todo el territorio nacional. Para 1996, el CNSSS reajustó la UPC en 19,5%, de acuerdo con las metas propuestas por el Gobierno Nacional, quedando en 144.595 pesos para el régimen contributivo y en 89.625 pesos para el subsidiado. En medio de una nueva crisis fiscal, el Gobierno continuó con la implementación de la ley abriéndole paso a la participación de las cajas de compensación y enfrentando los problemas que iba suscitando la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, los cuales hacían enormes esfuerzos para racionalizar el gasto y usar más productivamente los recursos (31).

Para 1997, los resultados de la reforma aún eran precarios. Por ejemplo, la focalización de la población más pobre comenzó siendo más lenta de lo esperado. Como lo dejó ver la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en 1997, solo un 20% de la población pobre estaba cubierto por el régimen subsidiado, mientras que el 41% de la población total continuaba sin tener afiliación a ninguno de los dos regímenes. Según esta misma encuesta, también se estaban presentando altos porcentajes de evasión de quienes tenían la capacidad para afiliarse al régimen contributivo; casi cinco millones



de personas con ingresos superiores a cuatro salarios mínimos no se encontraban afiliados a la seguridad social hasta ese momento.

La falta de aportes del Gobierno a través del *pari passu*, es decir, el mecanismo establecido por la Ley 100 de 1993 mediante el cual por cada peso que los trabajadores aporten al sistema, el Gobierno debería contribuir con una cantidad similar, estaba comprometiendo la ampliación de la cobertura. A ello se sumaba el atesoramiento y monopolio de los recursos estatales, el supuesto gremialismo de los actores tradicionales del sector salud, el abandono de preceptos como el que obligaba a los municipios a destinar el 25% de las transferencias recibidas al sector salud y el desvío de recursos, fenómenos que, según Iván Jaramillo, resultaban ser los principales entuertos del sistema en esta primera fase de implementación (18).

Ante esta situación, varios actores comenzaron a manifestar su malestar en la escena pública. En ciudades como Bogotá, la Federación de Asociaciones de Usuarios de la Salud se consolidó, presentándose como un actor que reclamaba cobertura, acceso y defensa de los hospitales públicos. En el caso de las comunidades indígenas, estas promovieron diversas denuncias y comunicados en los que argumentaban que las empresas de salud encargadas del régimen subsidiado no estaban teniendo en cuenta las características étnicas. A través de la Organización Nacional Indígena de Colombia, el Consejo Regional Indígena del Cauca, la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas, estos grupos denunciaron que el subsidio, más que una solución, se había convertido en un elemento de conflicto, pues las comunidades se dividían entre los que tenían identificación como subsidiado y los que no la tenían (14).

centrales obreras se expresaron sobre la Ley 100 y se incrementaron las huelgas y las manifestaciones de los trabajadores del sector salud. En 1997 se realizaron diversas protestas de los trabajadores del ISS, así como paros en los hospitales públicos más importantes. Los médicos, que en el pasado habían expresado cierta simpatía por la ley desde sectores como la Academia de Medicina, habían visto notablemente disminuidos sus ingresos con los cambios en los hospitales y las nuevas lógicas de contratación. Al promediar 1997, 110.000 médicos y enfermeras detuvieron el funcionamiento de novecientos hospitales y 3500 puestos de salud en todo el país (35).

Pese a que la cobertura crecía rápidamente, los cotizantes reales crecían con lentitud. Los que pagaban en el sistema contributivo ascendían a 2,4 millones, mientras que los beneficiarios sobrepasaban los 3,5 millones. Al mismo tiempo, varias EPS que iniciaron su competencia muy temprano en el nuevo sistema comenzaron a quebrarse. Ante esta situación, la Superintendencia de Salud decidió solicitar la urgente recapitalización de cinco de estas entidades. Para Óscar Emilio Guerra, miembro de Acemi, había problemas coyunturales que no permitían que la reforma arrancara en pleno. Guerra afirmaba que en Colombia existían dos leyes: la Ley 100 sobre, la cual se estableció el valor de la UPC, y la “Ley 101”, que se había ido construyendo por la vía de la tutela, en donde sin reparar en las limitaciones de una concesión, las altas corporaciones venían obligando a las EPS a otorgar beneficios no contenidos en las normas legales. Adicionalmente, las entidades territoriales le debían a las EPS 40.000 millones de pesos. Solo Caprecom le debía a las IPS una cifra superior a los 10.000 millones de pesos y todo el sistema debía a las clínicas y a los hospitales 89.000 millones de pesos en 1996 (36).

74 En este ambiente de incertidumbres y obstáculos al desarrollo del nuevo SGSSS, las

La voz de los médicos también se sumaba a las críticas e insatisfacciones frente al nuevo



sistema. Para Herman Redondo Gómez, ginecoobstetra, representante del cuerpo médico en el CNSSS, se estaba produciendo un desbalance en las tarifas pagadas a los médicos en las diferentes instituciones del sistema. Según Redondo, las tarifas más representativas y reguladoras del mercado, las del Instituto de Seguro Social (ISS) y las del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) eran muy bajas y no compensaban la responsabilidad y la complejidad del acto médico. Adicionalmente, el médico denunciaba que dichas tarifas eran impuestas de manera unilateral, sin concertación con los prestadores del servicio, lo cual hipertrofiaba el poder de las EPS, en detrimento de los demás actores.

Según Redondo, con la liquidación de más de mil cajas de previsión, así como de las instituciones públicas destinadas a prestar servicios de salud en las empresas de igual carácter (proceso estimulado por la reforma), miles de trabajadores de la salud habrían pasado a engrosar las filas de desempleados, situación que habría empeorado sus condiciones de vida y trabajo (37). No obstante, estudios posteriores le restarían peso a sus afirmaciones y mostrarían la rápida adaptación de algunos sectores médicos al nuevo sistema.

Entre 1996 y 1997 se conocieron diversas acusaciones sobre el desvío de dineros de la salud a otros campos. El gasto público en salud como porcentaje del PIB había pasado de 3,5% en 1993 a 5,5% 1999, pero la mayoría de estos recursos se habían quedado atrapados en las ineficiencias de la intermediación y en las redes de corrupción territorial. Para finales de los años noventa, muchos usuarios habían instaurado demandas jurídicas (en especial, por medio de la acción de tutela) contra las aseguradoras que se negaban a autorizar análisis especializados, suministro de medicamentos y cirugías, aunque los pacientes cumplieran con las cien

semanas establecidas en ese momento por la ley, como periodo de carencia mínimo para acceder a los servicios de alto costo (14).

De otra parte, hasta mediados de 1997 la Superintendencia Nacional de Salud había autorizado el funcionamiento de 31 EPS, "... las cuales en conjunto están comprometiendo un capital de \$160 mil millones de los cuales \$44 mil millones son de origen privado, con unas autorizaciones para alcanzar una cobertura de 27.5 millones de colombianos en los regímenes contributivo y subsidiado —78% de la población total del país—" (18). Sin embargo, esos recursos no compensaban la disminución de las afiliaciones. Con la caída del empleo se castigaban notablemente los recursos que debían llegar al fondo de solidaridad y garantía a través de las cotizaciones de los trabajadores. La misma situación tuvo lugar en los fondos privados de pensiones.

Finalmente, y ante la crítica situación del sistema, se inició un programa para evaluar y fortalecer el desarrollo de las transformaciones llamado Programa de Apoyo a la Reforma (PARS), el cual se financió con un préstamo aprobado por el BID en 1995. Este programa se había originado en las sugerencias realizadas por un grupo de la Universidad de Harvard contratado por el gobierno para asesorar los cambios institucionales en el sistema de salud. Como resultado de su trabajo se produjo un informe que respaldó el trámite del Gobierno colombiano ante el BID para solicitar un crédito de 38 millones de dólares, destinado a cofinanciar la implementación de la política de salud. Así, más allá de las orientaciones de política que conformaron la agenda internacional de reforma sectorial desde finales de los años ochenta, tanto el BM como el BID invirtieron recursos financieros en el apoyo a la implantación de la reforma en Colombia desde 1995, a través del PARS.



## Estancamiento del aseguramiento, crisis hospitalaria y ajuste fiscal (1998-2000)

La candidatura de Andrés Pastrana Arango, presidente electo en 1998 fue, al decir de algunos expertos, el primer experimento a nivel presidencial de las microempresas electorales. Siendo un claro representante del conservatismo colombiano, su coalición en la Gran Alianza para el cambio tuvo un color multipartidista. Desde esta plataforma, Pastrana propuso un discurso de antitradicionalismo en el campo de la política y prometió hacer frente a la corrupción y al clientelismo. Con un compromiso claro con el avance de la apertura económica, la búsqueda de la paz y la reconstrucción del tejido social, Pastrana logró también un guiño de las FARC en las selvas de Colombia.

El plan de gobierno del presidente Pastrana, “Cambio para construir la paz (1998-2002)”, estuvo dirigido por objetivos como la búsqueda del crecimiento, la sostenibilidad y la cohesión social. El plan tenía cuatro puntos centrales: la participación ciudadana, la reconstrucción del tejido social, el mercado internacional como motor de la economía y los diálogos con la guerrilla. En la lógica del Plan, la descentralización debió ser una herramienta para disminuir el gasto público y la deuda de los entes territoriales; no obstante, las cifras demostraban lo contrario. Por tanto, la descentralización debía ir acompañada de una ley de competencias y ordenamiento territorial.

Con una propuesta de readecuación del Estado, contenida en el proyecto de ley de reforma de la administración pública, aprobada mediante la Ley 489 de 1998 por el Congreso, Pastrana pretendió fortalecer el proceso de descentralización con miras a la privatización. Si en periodos anteriores hubo duda de que el objetivo último de la descentralización en Colombia era el fortalecimiento del mercado, esta ley daba claras

evidencias de ello. En efecto, dicha norma promovía la desconcentración y delegación de competencias y la autonomía financiera y patrimonial de las entidades descentralizadas. Este último aspecto implicaba un cambio en las entidades que, a partir de este momento, se suponía que iban a dar darían cuenta de un excedente financiero. En el corto plazo, el conjunto de cambios afectó a los organismos públicos, incluidos los hospitales, que a partir de la Ley 100 de 1993 venían transformándose en ESE. La respuesta a esta situación fue el fortalecimiento de la normatividad que promovía la conformación de las empresas de carácter mixto y se creó el sistema de desarrollo administrativo encabezado por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La Ley 489 de 1998 se convirtió en el piso jurídico que permitió las reformas de las ESE a finales de los noventa.

En la línea de su antecesor, Pastrana se propuso la reconstrucción del tejido social, profundamente degradado por el conflicto armado, el narcotráfico y la pobreza. Como parte del Plan Colombia, resultado de la inserción estructural del país en el plan de lucha contra la droga de los Estados Unidos, se impulsaron políticas sociales limitadas, mientras que la Red de Solidaridad Social continuó con sus acciones en favor de la población víctima del conflicto hasta el año de 1999, momento en el cual, por exigencia de la Corte Constitucional, se reorganizó y se le encargó la coordinación del sistema integral de atención a la población desplazada.

La inversión norteamericana canalizada por el Plan Colombia tuvo como principal destino las políticas sociales, especialmente el despegue de la Red de Apoyo Social, en un contexto de crisis de la economía colombiana, con un decrecimiento de -4%. Los programas que formaban parte de la Red eran Familias en Acción y Empleo en Acción. Comenzaba así el experimento de las transferencias en efectivo condicionadas



(TEC) como el principal instrumento de lucha contra la pobreza, que poco después haría parte del modelo del Manejo Social del Riesgo (MSR) promovido por el Banco Mundial (38). Desde el gobierno Pastrana se fue consolidando la política focalizada de transferencias condicionadas en dinero para la población más pobre y se dotó al presidente de un mecanismo que le permitía estar vinculado, de manera más directa, con sus gobernados.

Por otra parte, el gobierno de Pastrana se embarcó en un polémico proceso de negociación con las FARC que, al final del periodo, no prosperó. La inexistencia de acuerdos de cese al fuego posibilitaron la ofensiva militar de las guerrillas y las zonas de despeje fueron acusadas de permitir el fortalecimiento de la milicia y del secuestro. El Gobierno, de su parte, inició el Plan Colombia, el cual tuvo como uno de los objetivos el fortalecimiento de la estructura militar. Según el informe del balance del Plan Colombia año 2005, el gasto en defensa y seguridad como porcentaje del PIB pasó de 2,38% en el periodo 1991-1995 a 3,83% en el año 2001, cifra que para el 2005 bordeaba el 4,3% (39).

En estas circunstancias de gasto militar elevado y de pocas respuestas sociales, el mandato de Pastrana enfrentó un ambiente de desconfianza de la sociedad civil respecto al Estado y los partidos, apareciendo progresivamente nuevas formas de manifestación social. Las luchas sociales entre 1998 y 2004 cambiaron de sujetos: los movimientos cívicos ocuparon el 35,8%, los asalariados representaron el 31%, los campesinos el 5% y los estudiantes el 12% (40, 41). Esta situación, aunada a la agudización del conflicto armado interno, fueron ubicando a la inseguridad ciudadana como un problema central, el cual se reforzaría con la declaración estadounidense de lucha contra el terrorismo, después del 11 de septiembre de 2001.

Si en materia de orden público las cosas no salieron bien, la economía no pudo ir peor. Al final del gobierno de Pastrana no se logró el tan anhelado aumento del ahorro nacional; por el contrario, se dio un fuerte deterioro de la economía y de indicadores sociales como el desempleo, los indicadores de indigencia, y el coeficiente de Gini. Para 1998 el país enfrentó una fuerte recesión económica que provocó la disminución del empleo, el crecimiento del subempleo, la pérdida de poder adquisitivo y el aumento de la pobreza. En efecto, una tasa de desempleo del 14,5% en 1998 y una población por debajo de la línea de pobreza que pasó del 51,5% al 59,8% entre 1998 y 2000 dieron lugar a agudas reivindicaciones por el derecho al trabajo en los primeros años del gobierno Pastrana. La protesta por los servicios sociales ocupó el primer lugar en las demandas y, entre ellas, los reclamos por educación y seguridad social. Le siguieron las denuncias por la violencia y por las víctimas del conflicto. En 1999 el desempleo alcanzó valores del 22% (42).

En ese escenario, la disminución de aportes al régimen contributivo fue significativa, lo que implicó el predominio de la población vinculada al régimen subsidiado. En respuesta a la recesión, el Gobierno Nacional desplegó dos tipos de medidas: sociales y económicas. Por una parte, se pusieron en marcha los primeros programas de Familias en Acción. La exigencia de la banca mundial para la entrega de los subsidios involucraba la creación de una fiducia y la intervención del sistema financiero, con lo que se aseguraba la profundización del proceso de financiarización. Curiosamente, al principio la banca privada fue renuente a los programas; pero en el año 2001 se incorporó al proceso con un costo de transacción que se estimaba en el 10% del subsidio. Es evidente que este proceso forma parte de lo que se ha denominado la financiarización de la asistencia social (6).



Para 1999, el 35% de los recursos de oferta recibidos por los hospitales públicos debían transformarse en subsidios a la demanda, a la par de la reestructuración de los sistemas de gestión y la flexibilización de la contratación. Esa transición comenzó a afectar directamente a los hospitales públicos, los cuales, ahora convertidos en empresas autónomas, no recibirían recursos directamente del presupuesto gubernamental. En poco tiempo estas entidades se vieron forzadas a reestructurarse para volverse mucho más competitivas en el nuevo mercado en salud. Como ya se ha mostrado, dicha transición no solo se dilató durante el gobierno de Samper, sino que se vio comprometida por la morosidad en los pagos por parte de las administradoras de los recursos, y por las evasiones del Estado, que debía cubrir la atención de la población que no había alcanzado a ser incluida en el sistema de aseguramiento como “población vinculada” (14).

De este modo, la crisis histórica del sector hospitalario se fue sumando a las exigencias eficientistas del nuevo sistema, así como a la disminución del flujo de recursos estatales para un sector que contaba con fuertes irregularidades en la naturaleza jurídica de sus instituciones, en su administración y funcionamiento. Todo ello fue dando forma a una nueva crisis hospitalaria que demostraba los límites de las políticas implementadas en las décadas anteriores y, a su vez, los efectos del SGSSS.

A partir de 1997 el déficit histórico de los hospitales públicos creció y las diferencias entre ingresos y gastos se dispararon. En efecto, mientras los ingresos alcanzaban un 5%, los egresos superaban el 10%, siendo este déficit más notorio en las instituciones de primer nivel, donde los faltantes alcanzaban cifras superiores a 1,2 billones de pesos. El rubro más importante era el costo de personal. Así, para 1997 la proporción del gasto en salud era del 9%

del PIB, 5% a costa del sector público y 4% del privado (43).

Entre tanto, varias EPS se fortalecieron; tanto así que tres de ellas (Saludcoop, Susalud y Salud Colmena) fueron reportadas dentro del grupo de las 25 empresas nacionales con mayor rentabilidad. Así mismo, estas instituciones tuvieron un gran incremento de sus utilidades, las cuales pasaron de 1549 millones (utilidades operativas) en junio de 1997 a 6919 millones en 1998. A este comportamiento económico se sumó la integración vertical, pues diversas EPS construyeron su propia infraestructura para la prestación de los servicios. Hasta 1996 las EPS públicas tenían el 62% del total de afiliados y las EPS privadas el 38%. Para 2003, la relación se había invertido de forma asombrosa: alrededor de un 75% de afiliados estaban en EPS privadas y solo un 25% en EPS públicas (14).

Mientras se ajustaba el sector salud, el gobierno de Pastrana se comprometió con el FMI, en diciembre de 1999, para realizar un severo plan de ajuste. El acuerdo de condicionalidad con el FMI pasaba por elementos como el medio ambiente, el déficit fiscal, el gasto público y la demanda agregada —denominado Acuerdo de Facilidades Mutuas—. Los recursos del préstamo tenían un uso restringido, de tal manera que ellos se constituyeron en una herramienta para resolver problemas de la balanza de pagos y deuda externa y no para el fortalecimiento de la inversión pública. En últimas, estas eran medidas que le permitían al país recobrar credibilidad en el mercado de capitales internacional, generando además un flujo de recursos a los países desarrollados a través del pago de la deuda (43).

Ahora bien, en el marco de la crisis hospitalaria, se divulgaron documentos oficiales del Ministerio de Salud, entonces encabezado por el médico Virgilio Galvis (1998-2000),





que hablaban de la necesidad de considerar el cierre de las administradoras públicas si no se encontraban soluciones inmediatas a sus problemas. La respuesta de los sindicatos del sector no se hizo esperar. Con diversas estrategias denunciaron el desmantelamiento de lo público y el ataque a las condiciones laborales del sector, pues el Ejecutivo también pretendía reducir las plantas de personal, buscando el equilibrio fiscal, condicionando la entrega de nuevos recursos a la aplicación de estas medidas. Los trabajadores insistieron en que los problemas del sector no provenían únicamente del “exceso de gasto”, sino también de la escasez de ingresos por la transferencia insuficiente e inadecuada de los recursos, de la desigualdad en las condiciones para competir con las instituciones privadas, de la ineficiencia de las aseguradoras y de los altos pasivos pensionales nunca resueltos.

Las protestas de los sindicatos del sector sirvieron para que el ejecutivo se comprometiera a no incluir en el plan de desarrollo la meta de transformación del 35% de los subsidios a la oferta, que todavía se conservaba. Además, consiguieron, por lo menos temporalmente, que el Gobierno diera marcha atrás en la pretensión de convertir las clínicas del ISS en empresas autónomas y que se destinaran recursos para ampliar la cobertura del régimen subsidiado. Pero pese a estas breves victorias, la crisis seguía viva y el aseguramiento se había estancado. En el ISS, los recursos escaseaban, mientras hospitales como el San Juan de Dios en Bogotá, el mayor centro de atención hospitalaria universitaria del país, cerraban para siempre (43).

La crisis produjo un revuelo nacional que llegó hasta la Comisión Séptima del Congreso, en donde a través de varios debates se dio lugar al análisis. Los aportes recogidos en ocho foros regionales sumaron 320 propuestas de ajuste. Pero, pese a la importancia de la participación social y a la identificación de problemas estructurales en el sector, el

evento terminó con la idea de que el mejor camino para resolver los problemas del sistema era mejorar la reglamentación y continuar con la aplicación de la Ley 100 (14, 44). Lo único que se logró por esos días fue introducir modificaciones al Plan de Desarrollo del gobierno Pastrana. Sin embargo, los acuerdos se rompieron cuando las propuestas llegaron al Congreso y allí las iniciativas fueron vetadas y se les dejó sin piso legal.

En todo caso, los clamores por modificar el SGSSS no solo provenían de todos aquellos que percibían claramente los problemas financieros, de cobertura y fiscales del nuevo modelo. El acuerdo firmado con el FMI forzaba también al Gobierno colombiano a emprender ajustes trascendentales como la reforma constitucional del régimen de transferencias a los gobiernos regionales y locales, y la reforma del régimen de seguridad social. Como se precisaba recortar beneficios y aumentar edades de jubilación, la reforma de la seguridad social anunciaba una férrea oposición. Pero sin lugar a dudas, la más difícil tarea era la reforma del régimen de transferencias a los gobiernos locales.

Si bien los entuertos de la implementación del SGSSS tenían lugar en la esfera ejecutiva y legislativa, no se puede olvidar la importancia que en este proceso tuvo el CNSSS. Hacia el final de la década, dos elementos caracterizaron el funcionamiento del Consejo: en primer lugar, la presencia de la tecnocracia económica representada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, aspecto que ha formado parte de la estrategia neoliberal para la reconfiguración del Estado; y en segundo lugar, y pese a la aparente imagen de pluralidad en las decisiones, los diferenciales de información y los recursos de poder entre actores producían predominios y hegemonías particulares. Justamente hacia 1998, el ministro de Salud Virgilio Galvis expresó claramente la importancia de





incluir dentro de los miembros del Consejo a Acemi, a Ascofame y a la ACHC, con las que se abordarían temas como revisión de la Ley 60 sobre transferencias, educación médica y tecnología hospitalaria. Para Galvis, también se precisaba la presencia de Afidro, Asinfar y la Andi para el tema farmacéutico y para la definición de medidas frente al Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). Así, había un espacio abierto para la expresión de sectores robustos de la economía colombiana a quienes la reglamentación del nuevo SGSSS les trasnochaba.

Con una difícil situación económica a cuestas, con el descalabro de varias EPS y los entuertos del nuevo sistema, aparecía en el fondo del proceso de implementación de la Ley 100 un serio debate sobre el derecho a la salud y su condicionamiento a la sostenibilidad financiera. Esta discusión se tornaba visible cuando se ponía sobre la mesa la ampliación de cobertura del régimen subsidiado. En efecto, cualquier intento de expansión de la cobertura quedaba cuestionado por la aparente ausencia de información y terminaba limitado a los techos presupuestales.

Durante 1999, la importante recesión financiera en el país afectó la discusión de la UPC para el régimen subsidiado, abriendo nuevamente el debate sobre la necesidad de poner un techo financiero. Esta discusión la introdujo Claudia Rivero, quien además refirió que en el Plan de Desarrollo del presidente Pastrana ya estaba dispuesta la focalización como una herramienta para manejar recursos de manera eficiente a través del régimen subsidiado. Ante estas observaciones, Herman Redondo insistió en lo problemático que era el que la sostenibilidad financiera estuviese por encima de la ampliación del POS. Sus afirmaciones no eran infundadas. Por esos días se oían fuertes denuncias sobre cese de la atención debido a la crisis financiera de las EPS e IPS, mientras los recursos, de manera paradójica,

comenzaban a producir altos rendimientos en los fondos financieros.

Pese a la insistencia de diversos actores sobre la necesidad de una reforma al sistema de salud, dada la crisis que se evidenciaba, el gobierno mantuvo su posición de continuar con los ejes de la reforma, posición que fue apoyada por los actores sociales que obtenían los beneficios de los cambios implementados. La confianza en el modelo implementado con la Ley 100, bajo el beneplácito de agencias internacionales como el Banco Mundial que veían en el experimento colombiano la concreción de sus recomendaciones, se antepuso a los llamados de urgencia que aparecían en el escenario nacional y que presagiaban grandes tormentas para el sistema de salud colombiano.

### **Una breve discusión**

Resulta claro que nuestro trabajo refuerza varios de los hallazgos que, desde otras perspectivas, han reportado investigadores del proceso de configuración del actual sistema de salud colombiano como Iván Jaramillo (18), Juan Carlos Ramírez (16), Cesar Giraldo (6), Óscar Rodríguez (7) y Mónica Uribe (14, 45). En particular, de los primeros cabe resaltar la idea de la confrontación técnica que se presenta entre modelos de organización sanitaria, la existencia de confrontaciones ideológicas entre actores sociales y la lucha de intereses que complejizan el proceso de formulación de los referentes normativos (en este caso, la Ley 100); de los segundos, cabe resaltar la idea de vincular los cambios en el sector salud con cambios más estructurales del Estado colombiano y con las dinámicas globalizadoras. De la última autora, es esencial recoger la idea de la complejidad y conflictividad de los procesos políticos que entran en juego en el proceso de reforma. Y todos elaboramos una periodización que, en gran medida, es coincidente.



Pero cabe señalar que existen algunas diferencias, tanto en los énfasis como en las interpretaciones, entre ellos y nosotros. Por ejemplo, frente a la visión más tecnocrática y funcionalista de autores como Jaramillo y Ramírez, nosotros hacemos mayor énfasis en el análisis sociopolítico, desde un referente que podría enmarcarse en las sociologías del conflicto. De hecho, nuestra postura es muy parecida a la que utiliza Mónica Uribe al inscribirse en un enfoque relacional, aunque nosotros no utilizamos la nomenclatura que ella recoge del trabajo de Tarrow y Tilly.

Por demás, si bien comprendemos la importancia del análisis de los actores y de las relaciones entre ellos, bajo la idea compartida de que las reformas sanitarias no pueden ser vistas como “consecuencia necesaria de los modelos de desarrollo y/o de programas de “eficiencia y modernización” del Estado, para revestir las características de interacciones contingentes que tienen lugar en escenarios históricos afectados por eventos y circunstancias no previstos, dimensiones culturales equívocas y marcos institucionales cambiantes” (14), para nosotros resulta muy determinante, en el caso colombiano, las presiones de los programas de modernización del Estado que se asocian a toda una agenda internacional de reforma estructural (y sanitaria).

Frente a la imagen proporcionada por Giraldo, desde una perspectiva regulacionista y más interesada en la lógica que subyace al proceso de reforma, nuestra mirada busca encarnar las posiciones en conflicto en actores concretos y en momentos de debate específico. De tal manera que, si bien seguimos a este autor en varios de sus planteamientos, nuestro interés trasciende la formulación general del cambio para identificar las dinámicas políticas que involucran actores específicos.

Con Oscar Rodríguez también compartimos

el enfoque de economía política que anima sus análisis, así como su precepto de que “los resultados del sistema de seguridad no dependen exclusivamente del modelo elegido, sino también del ambiente económico y político en que opera” (7), aunque evitamos hacer un análisis del impacto del sistema de aseguramiento y nos detenemos un poco más en aspectos que él deja de lado como, por ejemplo, el escenario de la Corte Constitucional y el papel de ciertos sujetos como líderes políticos.

Por último, cabe señalar que todos identificamos unos periodos en el desarrollo del proceso de reforma, si bien nosotros resaltamos como un momento especial, el posterior a la promulgación de la ley (momento por el que tanto Rodríguez como Giraldo y Uribe pasan muy rápido) y caracterizamos un momento de estancamiento del aseguramiento que Uribe lo ve, en una perspectiva más general, como un momento de consolidación del sistema.

### **A manera de conclusión**

Tal como hemos mostrado en este trabajo, la reforma sanitaria que se lleva a cabo en Colombia a finales del siglo xx, es un fenómeno sociopolítico complejo que pone en tensión buena parte de la sociedad. Los conflictos que se dan hacen visible correlaciones de fuerza entre actores sociales con diferenciales redes de poder. Y esto concuerda con lo que muestran varios de los trabajos que, desde la sociología, la historia o la economía política han estudiado el asunto de la reforma sanitaria (3, 6, 14, 18, 45).

Igualmente, dichos trabajos han mostrado que la reforma tiene una clara orientación marcada por intereses económicos y políticos que rebasan el ámbito nacional. Pero cabe preguntar, en este momento de balance, ¿por qué los postulados de la reforma sanitaria



colombiana, y su proceso de implementación, siguen de manera tan cercana los referentes de la agenda internacional que, en materia de salud, fue establecida en gran medida por el Banco Mundial? ¿Por qué el país ha tomado tan en serio una agenda determinada por actores globales que han visto a la seguridad social, y en particular al sector salud, como ámbitos privilegiados de acumulación de capital y de expansión de las dinámicas de los mercados financieros?

Y, claro, es necesario señalar que no es fácil dar una respuesta única e integral, y el estudio del caso colombiano así lo muestra. Pero a pesar de ello, cabe reconocer que tampoco es imposible proponer algunos elementos explicativos que ayuden a entender la direccionalidad de los cambios. De tal manera que podemos decir que, por una parte, la reforma sanitaria colombiana se inscribe en la tendencia delineada por la agenda internacional porque la correlación de fuerzas en el ámbito político ha favorecido a aquellos sectores afines al modelo de desarrollo impulsado por las agencias financieras internacionales.

En este sentido, es de anotar que la dinámica sociopolítica de la reforma articuló los intereses de los empresarios del aseguramiento en salud y de las altas esferas gubernamentales a las propuestas internacionales que configuraron su agenda sectorial bajo tres ejes centrales: el control de costos de la asistencia médica, el incremento de la participación de los usuarios en el aparataje financiero de los mercados del aseguramiento y la introducción de mecanismos empresariales como estrategia para conseguir mejores logros en términos de equidad y eficiencia. Ante ello, los otros actores sociales sirvieron como moduladores del proceso dado que no fueron capaces de quebrar la tendencia del mismo. Y en el camino, todos los actores se vieron sujetos tanto a cambios internos como a cambios en su forma de relacionarse, lo cual ha favorecido una tendencia de más

largo plazo, orientada a la reconfiguración del papel del Estado.

Y esto se refuerza, por otra parte, porque la fragilidad económica nacional ha mantenido al país en una posición de sujeción a las directrices del poder económico de la región y de la banca internacional. De esta manera, la política social queda aprisionada en la lógica financiera, lo cual hace más frágil el accionar de un Estado nacional que no solo ha tenido un proceso de construcción difícil y errático, sino que ha estado sometido a fuertes procesos de desestructuración tanto por las dinámicas económicas internacionales como por los fenómenos internos de violencia y corrupción.

Pero además, la direccionalidad del cambio parece estar relacionada con otros tres hechos que empiezan a ser visibles al indagar las dinámicas sociopolíticas de la reforma: una buena parte de la clase dirigente y de la tecnocracia sanitaria del país comparte los ideales de la sociedad liberal y del proceso civilizatorio llevado a cabo en las sociedades occidentales, lo cual los hace afines a los procesos globales de cambio social y ajustes modernizadores; existen actores poderosos en el nivel local que han encontrado grandes beneficios económicos y políticos en la instauración de la reforma; y, por último, una buena parte de la población colombiana asumió que los nuevos arreglos institucionales que se estaban instaurando iban a solucionar viejos problemas de acceso a los servicios y algunas de sus carencias acumuladas. Así, la añoranza de tiempos mejores, en medio de la penuria, ha legitimado la acción de los gobernantes.

## **Agradecimientos**

El trabajo realizado contó con el apoyo del resto del Grupo de Estudios Socio-históricos de la Salud y la Protección Social, el cual



forma parte del Centro de Historia de la Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Por tanto, agradecemos la colaboración prestada, en diversos momentos, por César Cantor, César Geney, Liliana Henao, Amparo Hernández, Jairo Luna, Carolina Morales, Gabriela Pardo, Javier Rodríguez, Zulma Urrego y Marcela Vega. También agradecemos la colaboración de Medófilo Medina, asesor del proyecto, así como la discusión propiciada por los demás participantes del Seminario sobre Historia Comparada de las Reformas Sanitarias, el cual inició en el segundo semestre del año 2009 y ha permanecido activo hasta el presente.

## Referencias bibliográficas

1. Hernández M. Proceso sociopolítico y salud en Colombia, 1958-1993. *Tierra Firme*. 1997; 72: 663-682
2. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social* 1999; 5: 21-43.
3. Vega M. Las transformaciones de la protección social en Colombia, 1946-1993. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas; 2010.
4. González F, Otero S. La presencia diferenciada del Estado: un desafío a los conceptos de gobernabilidad y gobernanza. En: Launay C, González F, editores. *Gobernanza y conflicto en Colombia*. Bogotá: Cinep/IRG, Editorial Universidad Javeriana; 2010, pp. 28-36.
5. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2005; 4 (9): 6-60.
6. Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2007.
7. Rodríguez O. Avatares de la reforma del sistema social, Ley 100 de 1993. En: Le Bonniec Y, Rodríguez Salazar, O., Giraldo C, editores. *Entre la vulnerabilidad social y la volatilidad económica*. Bogotá: CID-UN; 2005, pp. 177-231.
8. Hernández M. La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
9. Mahoney J, Rueschemeyer D, editores. *Comparative historical analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
10. Théret B. Sistemas de protección social y representación política. Una perspectiva comparativa estructural. En: Le Bonniec Y, Rodríguez O, editores. *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2006, pp. 135-173.
11. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. *El giro en la mirada*. Medellín: La Carreta Editores; 2009.
12. Roll D. Un siglo de ambigüedad. Para entender cien años de crisis y reformas políticas en Colombia. Bogotá: Cerec, Universidad Nacional de Colombia; 2001.
13. Colombia, Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud: Anexo documental, Bogotá, 1994.
14. Uribe M. La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006) [Tesis de Doctorado]. México: Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México; 2009.
15. Hernández M. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco S, editor. *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003, pp. 463-479.
16. Ramírez JC. Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud: documento de trabajo. Bogotá: Fescol; 1993.
17. Colombia, Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados. Bogotá; 1994.
18. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1998.
19. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia No. C-408/94, 1994. Magistrado ponente: Fabio Morón Díaz.
20. Colombia, Corte Constitucional, expediente No. D-544. Acción de inconstitucionalidad contra la Ley 100 de 1993, "por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", y contra los artículos de la misma: 11, 13 literal d), 14, 17, 18 párrafo 3o., 20, 29, 44, 48, 53, 60 literal c, 161, 168, 194 a 197, 204, 236, 242 (parcial), 273, 279 (parcial) y 288, 1994.
21. Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En Restrepo D, editor. *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; 2003, pp. 347-361.
22. Lamprea E. *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud*. Encrucijadas y salidas. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011.
23. Prima a todos los pensionados. *El Tiempo*, 16 de septiembre de 1994.
24. Colombia, Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. 1994, 22 de junio; 130 (41402).
25. Gómez C, Sánchez L. Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. *Análisis a partir*



- del conflicto en la toma de decisiones. Bogotá: Fepasde, Scare; 2001.
26. Ocampo JA. Historia económica de Colombia, Bogotá: Editorial Planeta; 2007.
  27. Desempleo el lunar negro, del salto social. Eltiempo.com, 17 de abril de 1997.
  28. Gómez JG. La otra certificación. Análisis Político. 1995; 24: 125-142.
  29. Samper se reúne con los cacao. El tiempo.com. 25 de abril de 1997.
  30. Industriales respaldan emergencia económica. Eltiempo.com, 15 de enero de 1997.
  31. Esguerra R. Aún no es hora de reformar la Ley 100. Colombia Médica. 1996; 27: 77-85.
  32. Friedrich-Ebert-Stiftung en Colombia (Fescol). ¿Y cómo va la Reforma? Memorias del Foro Nacional de Avances en el Desarrollo del SGSSS. Bogotá: Fescol, Gehos, Presidencia de la República; 1996.
  33. Podrá aplicarse la ley 100. El Tiempo, 28 de junio de 1995.
  34. Los desafíos del sector hacia el futuro. El Tiempo, 19 de octubre de 1995.
  35. Assalud. La ley 100. Un año de implementación. Bogotá: FES, Editorial Guadalupe, serie Informes Técnicos, No. 1; 1997.
  36. Líos de plata con la salud. El Tiempo, 9 de junio de 1997.
  37. Los profesionales frente a la ley 100. El Tiempo, 3 de diciembre de 1996.
  38. Holzmann R, Jørgensen S. Social risk management: A new conceptual framework for social protection and beyond. Washington DC: The World Bank, Social Protection Unit. Human Development Network, Social Protection Discussion Paper Series, No. 6; 2000.
  39. Angarita P. Seguridad democrática, lo invisible de un régimen político y económico. Medellín: Siglo del Hombre Editores; 2001.
  40. Archila M. Los movimientos sociales en la encrucijada de comienzos del siglo XXI. En Gutiérrez Sanín, editor. La encrucijada: Colombia en el siglo XXI. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2006, pp. 261-289.
  41. Pécaut D. Crónica de cuatro décadas de política colombiana. Bogotá: Editorial Norma; 2006.
  42. García MC. Luchas y movimientos cívicos en Colombia durante los ochenta y los noventa, transformaciones y permanencias. En Achila M, Pardo M, editores. Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, CES/ ICAH; 2001, pp. 89-124.
  43. Caro I, Vega M. Y la crisis se volvió persistencia. En Ley 100. Balance y perspectivas. Bogotá: Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson; 2006, pp. 229-265.
  44. Eslava JC. Seguridad social en salud: reforma a la reforma. Revista de Salud Pública. 1999; 1(2): 105-116.
  45. Uribe M. La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). ReviSta Gerencia y Políticas de Salud. 2009; 8 (17): 44-68.

