



**PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA REGULACIÓN DEL SISTEMA  
DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA, DESDE EL DEBATE  
PARLAMENTARIO HASTA EL CONTROL CONSTITUCIONAL  
(1990-2010)**

**Autor**

**MARÍA ANDREA RAMÍREZ LAGUADO**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Magister en Salud Pública**

**Director, Tutor**

**Emilio Quevedo Vélez**

**Escuela de Medicina y Ciencias de La Salud**

**Maestría en Salud Pública**

**Universidad del Rosario**

**Bogotá - Colombia**

**2022**

## INDICE

AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCIÓN	1
ESTADO DEL ARTE	5
1. MARCO METODOLÓGICO	12
1.1. TEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1. Objetivo General	14
1.4.2. Objetivos Específicos	15
1.5. JUSTIFICACIÓN	15
1.6. METODOLOGÍA	16
2. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA ANTES DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991	19
2.1. DESARROLLO DE LA HIGIENE PÚBLICA EN LA CONSTITUCIÓN DE 1886	20
2.2. LA HIGIENE PÚBLICA EN LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1936	26
2.2.1. La intervención del Estado en la economía y la función social De la propiedad	28
2.2.2. La Asistencia Pública como función del Estado	29
2.3. DESARROLLO LEGISLATIVO EMANADO DE LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1936 EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL	31
2.3.1. La ley 6 de 1945	32
2.3.2. Ley 90 de 1946	33
2.4. LA SALUD PUBLICA EN LOS PLANES DE DESARROLLO 1970-2010	33
2.4.1. Administración de Misael Pastrana Borrero	34
2.4.2. Administración de Alfonso López Michelsen	36
2.4.3. Administración de Julio César Turbay Ayala	38
2.4.4. Administración de Belisario Betancur Cuartas	39
2.4.5. Administración de Virgilio Barco Vargas	40
2.4.6. Administración de César Augusto Gaviria Trujillo	42
2.4.7. Administración de Ernesto Samper Pizano	44
2.4.8. Administración de Andrés Pastrana Arango	45

2.4.9.	Administraciones de Álvaro Uribe Vélez	47
2.5.	LEY 10 de 1990 -Sistema Nacional de Salud	50
3.	EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE DE 1991	53
3.1.	ANTECEDENTES SOCIALES, JURÍDICOS, POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES DE LA CONSTITUYENTE DE 1991	53
3.2.	ORGANIZACIÓN E INSTALACIÓN DE LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE	60
3.3.	EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD COMO UNO DE LOS FINES SOCIALES DEL ESTADO	62
3.4.	CONSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE	67
3.4.1.	Iniciativa presentada al interior de la Constituyente por el Gobierno Nacional	67
3.4.2.	Iniciativas presentadas al interior de la Constituyente por parte de los Delegados	74
4.	CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA ENTRE 1991 Y 2010	93
4.1.	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -LEY 100 DE 1993-	94
4.2.	MODIFICACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -LEY 1122 DE 2007-	124
5.	CAMBIOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A PARTIR DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008	158
5.1.	ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD	162
5.2.	LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTÓNOMO	166
5.2.1.	Órdenes impartidas por la Sentencia T-760 de 2008	170
5.2.2.	Sala de seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008	173
5.3.	ANÁLISIS DE LA EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD 2009-2010	179
6.	CONCLUSIONES	192
7.	BIBLIOGRAFÍA	197

## **AGRADECIMIENTO**

Cada vez que se emprende un camino, surgen nuevas inquietudes y expectativas por alcanzar, y es aquí donde se hace necesario contar con la ayuda generosa de todos aquellos que tienen como misión la difícil tarea de educar. Por eso, mi gratitud inmensa para todo el grupo de docentes, que me acompañaron y guiaron a lo largo de mi formación en estos dos años de la Maestría, y que, con su entrega y colaboración, permitieron que fuera más comprensible el inmenso mundo de la Salud Pública, y despertaron en mí el afán por la investigación.

De manera muy especial mi agradecimiento a mi Tutor y Director de tesis, Doctor Emilio Quevedo Vélez. Sin sus virtudes, sabiduría, paciencia y compromiso en este trabajo, no lo hubiera logrado. Sus aportes fueron siempre muy valiosos, cuando no fluían las palabras para expresar lo que hoy está logrado.

Doctor Quevedo. Usted formó parte importante de esta historia, que finalmente se consolida para dar inicio a nuevas aventuras literarias. Ha sido un honor trabajar con Usted.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de Salud Pública imperante hoy en Colombia no surge a la vida jurídica de manera espontánea y caprichosa, sino que se ha ido construyendo lentamente desde el seno mismo de los debates suscitados al interior de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y del Congreso de la República a lo largo de su trasegar democrático, pasando por el tamiz de la Corte Constitucional. En este largo proceso han intervenido, además, diferentes actores que han incidido de una u otra manera en el direccionamiento de los textos y, por lo tanto, de los objetivos, que implican los alcances y limitaciones del actual sistema normativo sobre la materia.

La cohorte histórica dentro de la cual se desarrolla la presente investigación, abarca el periodo comprendido entre 1990 y 2010, porque estos veinte años sintetizan la conformación del modelo de salud pública que rige hoy en el territorio colombiano. Esto no significa que no se tengan en cuenta los antecedentes que marcaron el rumbo en las decisiones adoptadas finalmente en la Constituyente de 1991, en los debates legislativos de 1993 y en las decisiones de la Corte Constitucional durante dicho periodo.

Tal como se puede apreciar en el desarrollo de esta investigación, si bien antes de la expedición de la ley 10 de 1990 no se entendía la salud pública como un sistema propiamente dicho, su noción se venía gestando normativamente desde la expedición de la ley 30 de 1886, en donde se instauró el modelo Higienista, con base en la conceptualización de salud-enfermedad que manejaba el Estado colombiano en esta época, disponiendo en su artículo 1º la creación de la Junta Central de Higiene, al tiempo que conformó las respectivas Juntas Departamentales de Higiene, las cuales tenían como función principal, resolver los asuntos relacionados con la salubridad pública. Posteriormente, durante la administración Pastrana Borrero, se abrió la discusión sobre los sistemas de salud, quedando diseñado un conjunto de normas jurídicas para su implementación, sobre cuyas bases el presidente Alfonso López

Michelsen creó el primer Sistema Nacional de Salud, de carácter mixto que integró elementos desarrollistas y neoliberales.

La reforma constitucional de 1936 sentó las bases para iniciar en firme el camino hacia la posterior estructuración de los servicios de salud pública, el cual culminará con la incorporación del concepto de sistemas de salud pública en la década de 1960. Dicho concepto, comenzará a aplicarse a los servicios de salud a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud entran a hablar de sistemas de salud, concepto que se consolida, de una manera distinta, durante la década de 1990, con la expedición de la ley 10. Según Emilio Quevedo Vélez y Claudia Cortés, el origen de la utilización del concepto de sistema “está directamente relacionado con la fundamentación de las políticas estatales desde las ciencias sociales funcionalistas estadounidenses, nacidas en la primera mitad del siglo XX y muy en boga a partir de la década de 1960”.<sup>1</sup>

El salto cualitativo en materia de salud pública se vivió en Colombia a partir de la expedición de las leyes 6ª de 1945 y 90 de 1946, a través de las cuales se creó un primer modelo de previsión social, dirigido de manera exclusiva a los trabajadores asalariados, tanto del sector público, como del privado, enderezando el Gobierno sus políticas en materia de salud hacia los sectores productivos de la economía, porque de ellos dependía, en gran medida, el desarrollo económico del país. Aquí, sin embargo, aún no se está frente a un sistema de salud propiamente dicho, sino al diseño de instituciones encargadas de “asegurar” la atención médica y la previsión social a los trabajadores privados y estatales, tales como el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión Social.

La salud adquiere relevancia como política estatal a partir de su incorporación dentro de los Planes Generales de Desarrollo, en donde, además del incluir su diagnóstico, se dispusieron las partidas presupuestales para atender los gastos que demandaba la población en dicha materia, partidas que representaban un porcentaje insignificante, frente a los demás rubros del gasto e inversión nacionales, al punto de que la mayoría de la población quedaba desatendida en salud. Esto, debido a que el fin primordial de este modelo de salud estaba basado en la inmediatez en la atención de la enfermedad, y nunca en políticas de promoción y prevención.

---

<sup>1</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y CORTÉS, Claudia. Concepto de “Sistema”: De la química y la fisiología a la salud pública y las ciencias sociales. Bases para una investigación futura. Revista Ciencias de la Salud No. 13. P.108. EN: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4376/3161>

Dentro de la cohorte histórica 1990-2010, el sistema de salud pública refleja los planteamientos esbozados por Bismarck, Beveridge, la Escuela de Chicago, y el Consenso de Washington, predominando el pensamiento neoliberal tanto en la Constitución de 1991, como en la ley 100 de 1993, y especialmente en la ley 1122 de 2007, que ubica la salud como una mercancía más, sujeta a los vaivenes de la oferta y la demanda, siendo la prestación de sus servicios una actividad eminentemente económica amparada por el principio de la libre competencia.

Colombia, como todos los países latinoamericanos, ha registrado a través de los años una economía deficitaria, debiendo acudir sistemáticamente a la deuda externa mediante la asignación de empréstitos internacionales otorgados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, entidades que condicionan su desembolso al acatamiento por parte de Colombia de medidas eminentemente neoliberales, tales como la reducción del gasto público, especialmente en las áreas sociales, disminución de los salarios, reducción del aparato estatal, aumento de la carga impositiva, eliminación de aranceles y el predominio de la libre competencia a favor de los servicios privados y en contra de las entidades públicas.

Bajo este panorama se impone el Sistema de Salud Pública en Colombia que, bajo el ropaje constitucional de Estado Social de Derecho, esconde toda una filosofía mercantil, en donde el Estado se sustrae de sus obligaciones de carácter social para trasladarlas a los mercados, so pretexto de la universalización de la prestación del servicio, obligando a los pacientes, hoy denominados clientes, a acudir a los jueces para reclamar la protección de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela.

La presente investigación parte de un recuento histórico crítico de la evolución del Sistema de Salud Pública en Colombia a partir de 1886, analizando el tránsito registrado desde la higiene pública hasta su incorporación en los Planes de Desarrollo durante los años 1970-1990. El estudio de este periodo es indispensable para presentar al lector las diferentes etapas por las que ha transitado el concepto de Salud Pública, las cuales han aportado elementos esenciales, que no suficientes, para el diseño del modelo que culminó con su definición en la ley 1122 de 2007.

Para la realización del análisis de este periodo se tuvieron en cuenta fuentes de alto valor doctrinal, que de manera metódica y sistemática ofrecieron una precisa

ubicación histórica y una evaluación socioeconómica de los distintos desarrollos que sobre el concepto de Salud Pública se fueron suscitando, así como las normas constitucionales y legales más relevantes expedidas sobre la materia, todo lo cual aporta un valioso acervo doctrinal para el posterior entendimiento de las posturas políticas y académicas que marcaron los derroteros de los constituyentes de 1991 y de los legisladores de 1993 y 2007.

El capítulo tercero de la presente investigación, siguiendo el método histórico-crítico, se ocupa del análisis de las Actas de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, que versan sobre la salud, las cuales fueron conformadas por los debates adelantados en la Comisión Quinta de dicha Asamblea, a la cual correspondió el estudio de esta materia. Este capítulo tiene como finalidad determinar los avances o retrocesos registrados por parte de los Constituyentes, respecto de la estructuración del Sistema de Salud Pública en Colombia, y la incidencia de los textos constitucionales aprobados, en su ulterior desarrollo.

La construcción del Sistema de Salud Pública entre 1991 y 2010, es tema de estudio en el capítulo cuarto de esta investigación. Se busca aquí allegar los elementos que han ido conformando las políticas públicas de salud en Colombia, posteriores a la aprobación de la Constitución de 1991. Para tal fin, se toma como fuente de estudio las Actas de las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara de 1992, 1993, 2006 y 2007, ya que allí reposan las discusiones adelantadas acerca de los temas de salud, tanto individual como colectiva, y se ponen al descubierto los diferentes intereses que concurrieron en la elaboración y redacción final de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, conteniendo esta última, la primera definición legal de Salud Pública en Colombia, dando prioridad a la atención y prevención de los factores que afectan la salud, y la promoción de las condiciones de vida saludables, todo lo cual sienta las bases para la posterior consolidación de un Sistema de Salud Pública, aún en construcción.

El capítulo Quinto del presente trabajo de grado se endereza al análisis de la ponderada sentencia T-760 de 2008, la cual marca un hito en la concepción de las políticas regulatorias de la salud en Colombia, ya que dinamizó la labor administrativa de los entes de control y les permitió avanzar en la concepción de la salud más allá de la medicina curativa e individual, fortaleciendo las previsiones contenidas en la ley 1122 de 2007.

## ESTADO DEL ARTE

El análisis del proceso de construcción de la regulación del sistema de salud pública en Colombia, teniendo como base los debates parlamentarios adelantados tanto en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, como en el Congreso de la República, entre los años 1990 y 2010, es la columna vertebral de la presente investigación. La fuente principal que nutrió el discurrir teórico, fueron las Gacetas Constitucionales Nos. 1, 5, 21, 22, 24, 25, 78, 83, 85, 109 y 127 de la Comisión Quinta de dicha Asamblea; los tomos I, II, III, IV y V del archivo del Congreso de 1992 y 1993; las actas 1 a 14 de las Comisiones Séptimas del Congreso de 1992; las Gacetas del Congreso Nos. 87 de 1992 y 130, 149, 254, 281, 397, 413, 434 y 451 de 1993; los tomos I a IV del archivo del Congreso de 2006; las Gacetas del Congreso Nos. 249, 489 y 510 de 2006 y las Gacetas del Congreso Nos. 12 y 57 de 2007.<sup>2</sup>

Estos documentos permitieron conocer de primera mano las diferentes posturas políticas adoptadas por los legisladores en materia de Salud Pública, tanto en la expedición de la Constitución de 1991, como en la elaboración de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, y los factores externos de carácter económico, político, social y cultural, que influenciaron sus decisiones sobre la materia durante el transcurso de los debates.

Dado que la regulación del sistema de salud pública en Colombia se ha venido construyendo lentamente desde finales del siglo XIX, y ha atravesado diferentes etapas, para desarrollar la investigación que dio origen a esta Tesis se hizo indispensable examinar fuentes bibliográficas de alto valor conceptual, que de manera directa o indirecta aportaron valiosos elementos de carácter histórico, sociológico y jurídico para alcanzar una cabal comprensión del camino recorrido por la salud pública antes de la Constitución de 1991.

---

<sup>2</sup> Resulta pertinente para este estudio señalar que la Constitución Política de 1886 no se ocupó a lo largo de su articulado ni de la seguridad social, ni de la salud, y sólo en la reforma de 1936 se incorporó en el artículo 19 el concepto de asistencia pública como función del Estado, dirigida “a las personas que carezcan de medios de subsistencia y que estén incapacitados para trabajar”. Desde 1886 la regulación de la salud se dio a través de decretos presidenciales y leyes encaminadas a combatir problemas epidemiológicos bajo los principios de la higienización.

Por lo anterior, se tuvieron en cuenta como referentes doctrinales autores que han elaborado documentos de gran valor descriptivo e histórico sobre el tema y que permitieron complementar la información primaria sobre la que se basó esta Tesis. Estos autores facilitaron la contextualización de los procesos de desarrollo de la construcción del Sistema de Salud Pública en Colombia. Así mismo se recurrió a otros autores que se han ocupado de la influencia del neoliberalismo y de la teoría de la regulación en la formación de las leyes existentes sobre la salud en Colombia, durante el período 1990-2010.

Para hacer un análisis de los trabajos destacados que resultaron de la revisión bibliográfica elaborada para hacer esta Tesis, es pertinente comenzar resaltando los aportes de Mario Esteban Hernández Álvarez, en sus obras *El derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana (1991)*<sup>3</sup>; *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos (2000)*<sup>4</sup> y *Análisis del modelo colombiano de cobertura universal en salud (2014)*<sup>5</sup>, en donde presenta un diagnóstico del estado de la salud luego de expedida la Constitución de 1991 y la ley 100 de 1993.

El documento “*La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico*” elaborado por Manuel Vega-Vargas y otros, y publicado por la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, en 2012,<sup>6</sup> aporta elementos esenciales para la presente investigación ya que pone sobre el tapete la incorporación de Colombia al modelo neoliberal dentro de un marco de clientelización en donde concurren diferentes fuerzas que pugnan por una reforma del sistema de salud, la cual debe ajustarse al ambiente económico y político en que opera.

Francisco Yépez y otros, en su libro *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia, ley 100 de 1993*, publicado por la Universidad del Rosario en marzo de 2010, enfatizan en el hecho de que la Constitución de 1991 concilia las posturas del Estado Social de Derecho con las de la economía del mercado y de la libre

---

<sup>3</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana, Revista Avances en Enfermería, Vol. 9, No. 2, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1991.

<sup>4</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2000.

<sup>5</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. Análisis del modelo colombiano de cobertura universal en salud. EN: <https://cebes.org.br/mariohernandez-alvarez-analisa-o-modelo-de-cobertura-universal-em-saude-colombiano/12979/>

<sup>6</sup> VEGA VARGAS, Manuel. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: Aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. Revista Gerencia y Políticas de Salud No. 11. Bogotá, 2012

competencia y, dentro de ese marco, surgen las leyes 60 de 1993, regulatoria de la financiación fiscal de la salud en aplicación de la descentralización fiscal y administrativa de las entidades territoriales, y 100 de 1993 que estableció el sistema general de seguridad social en salud dentro de un ambiente de competencia regulada público-privada.

Yépez analiza la Sentencia T-760 de 2008, de suma importancia para la presente investigación, dado en esta jurisprudencia se pone de relieve el incumplimiento por parte de las EPS de los textos constitucionales y legales, e incluso contractuales, ordenando al Ministerio de Salud velar por la revisión e implementación de “las normas inequitativas como los POS diferenciales”.<sup>7</sup>

La obra de Augusto Velásquez Forero, *Apología o Falacia Neoliberal*, publicada en 2005, pone de manifiesto la profunda crisis social y económica generada por el neoliberalismo por cuanto que la implementación del modelo incrementó de manera exorbitante la brecha entre ricos y pobres, condujo a un deterioro significativo del poder de compra de los trabajadores, privatizó las empresas estatales que ofrecían servicios públicos, disminuyó los impuestos a las clases favorecidas y los aumentó a la clase media y entronizó una globalización unilateral de la economía en desmedro de las economías nativas.

Estas medidas neoliberales, trajeron como consecuencia un alto nivel de desempleo, desescolarización, difícil acceso a los servicios médicos y pérdida de los escasos patrimonios acumulados, todo lo cual deja al descubierto que el mal llamado neoliberalismo niega los principios del liberalismo de los siglos XVIII y XIX e impone los del capitalismo salvaje o capitalismo financiero. Resulta de gran relevancia para esta investigación el análisis efectuado por Velásquez Forero, dado que la situación plasmada en su escrito se ha mantenido a lo largo de las últimas tres décadas, afectando de manera directa al sistema de salud pública, que se ve atrapado en las normas que amparan la privatización<sup>8</sup>.

En 2010 William Manuel Vega Vargas publica su Tesis de Grado *Transformaciones en la protección social en Colombia*, para optar el título de Magister en Historia, documento que abarca el periodo 1946-2010, y que dentro de una construcción

---

<sup>7</sup> YEPES, Francisco y Cols. Luces y Sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, Bogotá, Universidad del Rosario, 2010.

<sup>8</sup> VELASQUEZ FORERO, Augusto. Apología o falacia neoliberal. Popayán, Universidad del Cauca, junio 24 de 2005.

histórico-narrativa enfatiza inicialmente en el proceso de industrialización desarrollado en Colombia a partir de los gobiernos liberales iniciados en la década de los treinta del siglo XX, en donde se opta por la protección de los trabajadores urbanos y de las áreas agroindustriales a través del predominio del pensamiento higienista que procuraba llevar salud a los trabajadores<sup>9</sup>. Si bien el autor alude brevemente a la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 y a la posterior presentación del Proyecto de Ley 155 Senado, no se adentra en un análisis profundo de las diferentes ponencias presentadas por los Constituyentes, que dieron lugar a los textos que consagran la seguridad social como un derecho económico asistencial junto con el derecho a la salud, que por primera vez adquiere un marco autónomo para su regulación.

Mónica Uribe, en su obra *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)*, publicada en 2009, aporta valiosas ideas para la presente investigación, y desnuda el poderío del sector financiero a nivel mundial, al punto que logra debilitar a los Estados e imponer el modelo de las privatizaciones junto con la reducción de las garantías laborales y sociales, generando una gran brecha social entre ricos y pobres. Su obra es de gran valor histórico para esta investigación, ya que pone de presente, no sólo los orígenes del neoliberalismo, sino la estructuración de la economía de libre mercado, resaltando que esta versión del capitalismo estuvo enmarcada por la violencia económica, política y cultural<sup>10</sup>.

En 2003, el economista Luis Jorge Garay Salamanca publica su obra *El embrujo autoritario*, en donde presenta un análisis general de los distintos derechos sociales que fueron siendo paulatinamente disminuidos entre 2002 y 2010, ampliando la brecha entre ricos y pobres, y eliminando derechos sociales y económicos a los sectores menos favorecidos<sup>11</sup>.

Como una importante referencia histórica puede tomarse el artículo de Joan Miguel Tejedor Estupiñán, titulado “*El Modelo Económico y su Relación con los Derechos Humanos en Colombia*” y publicado en 2012, en la *Revista Finanzas y Política Económica* de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. En dicho

---

<sup>9</sup> VEGA CARGAS, William Manuel. Transformaciones en la protección social en Colombia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2010.

<sup>10</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica María. La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia, (1990-2006). Tesis de Grado, México D.F., 2009.

<sup>11</sup> GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2003.

artículo se destaca el proceso de implantación del neoliberalismo, desde el gobierno de Virgilio Barco Vargas hasta la segunda administración de Juan Manuel Santos, periodos durante los cuales se llevaron a cabo diferentes reformas que “tendieron a la minimización del papel del Estado en su intervención social, a la privatización de instituciones públicas, al auge del poder del mercado y al fortalecimiento de la propiedad y la empresa privada”<sup>12</sup>. Un aspecto relevante de este trabajo es el análisis que efectúa sobre el impacto del modelo neoliberal en el desarrollo y la transformación de los derechos económicos, sociales y culturales de los colombianos en las dos últimas décadas.

Un acercamiento a los efectos generados por la ley 100 de 1993, lo registra de manera prolija Jaime León Gañán Echavarría en su obra “*Los muertos de la ley 100*”, publicada en 2011, en la cual analiza que, como consecuencia de una política eminentemente neoliberal y privatizadora de los servicios de salud, se desencadenó un desenfrenado ánimo de lucro por parte de las entidades promotoras de salud, en detrimento de la salud de los afiliados<sup>13</sup>.

Una visión preliminar a la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, la presenta Jaime Buenahora Febres-Cordero en el libro “*El proceso constituyente: de la propuesta estudiantil a la quiebra del bipartidismo*”, publicado en 1991. Allí se consignan los preludios de carácter social y político que condujeron a la convocatoria de dicha Asamblea<sup>14</sup>.

Daniel Alzate Mora, en su obra “*Las formas jurídicas (pos) neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-estructivas del derecho útil al capital*”, publicada en 2014, realiza una importante evaluación de cómo las reformas introducidas tanto en la Constitución de 1991 como en la ley 100 de 1993, sirvieron más a los intereses del capitalismo que a la consolidación de los servicios de salud de la población colombiana<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> TEJEDOR ESTUPIÑÁN, Juan Miguel. El modelo económico y su relación con los derechos humanos en Colombia. Una aproximación. Bogotá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2012.

<sup>13</sup> GAÑAN ECHAVARRÍA, Jaime León. Los muertos de la ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Medellín, Universidad de Antioquia, 2013.

<sup>14</sup> BUENAHORA FEBRES-CORDERO, Jaime. El Proceso Constituyente: De la propuesta estudiantil a la quiebra del bipartidismo. Bogotá, Universidad Javeriana, 1991.

<sup>15</sup> ALZATE MORA, Daniel. Las formas jurídicas (pos) neoliberales desde Colombia: El sistema de salud en las dinámicas lucro-estructivas del derecho útil al capital. Bogotá, Universidad del Rosario, 2014.

En la obra *Historia mínima de Colombia*, Jorge Orlando Melo aporta valiosos elementos para comprender las causas de las diferentes transformaciones que ha registrado el país, y su incidencia en el pensamiento político y económico desde mediados del siglo XIX hasta principios del siglo XXI.

De suma importancia para orientar esta investigación resultaron las obras dirigidas por mi tutor, Emilio Quevedo Vélez, y elaboradas en compañía de sus colaboradores. Tales fueron: “*Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953 (2004)*”<sup>16</sup>; “*El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969-2010*” (2021)<sup>17</sup>; y, “*El Concepto de ‘Sistema’: de la química y la fisiología a la salud pública y las ciencias sociales. Bases para una investigación futura*”, (2015)<sup>18</sup>, todos las cuales efectúan un acercamiento crítico-histórico a la salud pública en Colombia, demarcando los principales problemas y avances que han caracterizado su tránsito en casi siglo y medio de historia.

De especial interés es la obra titulada “*La salud en Colombia, Análisis Socio-Histórico*”, publicada por el Ministerio de Salud en 1990 bajo la coordinación de Emilio Quevedo Vélez, la cual aportó para este estudio las bases que dieron lugar a la expedición de la ley 10 de 1990, mediante la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud que venía imperando a partir de la década de los 70.

Es importante resaltar que ese estudio realizado y coordinado por Emilio Quevedo Vélez efectúa y da a conocer un diagnóstico de la realidad de la salud pública en Colombia, antes del proceso de cambio que llevó a la Constituyente de 1991 y a la implementación de la ley 10 de 1990, en la cual quedaron plasmados los siguientes criterios consignados en la obra del autor arriba referido: (i) Definición de la salud como un servicio público a cargo de la nación; (ii) Gratuidad de los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional; (iii) El cambio de la base de cálculo

---

<sup>16</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004.

<sup>17</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Cols. *El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario 1969-2019*, Tomo I. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, 2021.

<sup>18</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y CORTÉS, Claudia. *El concepto de “Sistema”: de la química y la fisiología a la salud pública y las ciencias sociales. Bases para una investigación futura*. Revista Ciencias de la Salud No. 13, 2015.

del situado fiscal; (iv) Implementación de mecanismos financieros para corregir el desbalance entre los servicios curativos y preventivos; y (v) Establecimiento de medidas para el desarrollo de sistemas de gestión en la prestación del servicio.<sup>19</sup>

No obstante, a pesar de todas estas obras revisadas y utilizadas para la elaboración de esta Tesis, en la revisión bibliográfica efectuada no se encontró ningún libro, tesis de grado o artículo de revista que se ocupe del análisis de los debates adelantados tanto en la Asamblea Nacional Constituyente para la expedición de la Carta Política de 1991, como en el Congreso de la República en las legislaturas 1992-1993 y 2006, con ocasión de la expedición de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007.

Por esta razón, esta Tesis pretendió explorar y desenmarañar las discusiones y las decisiones que se tomaron durante dichos debates y enmarcarlos en el desarrollo social, político y económico del país en cada uno de los momentos estudiados, a partir de los análisis previos de los otros autores que han trabajado el tema, con el fin de dar cuenta del proceso de construcción de la regulación del sistema de salud pública en Colombia, desde 1990 hasta 2010. Se pretendió así, construir un punto de partida firme para futuros estudios que busquen desentrañar, a profundidad, los intereses sociales y económicos que determinaron el resultado final de la norma jurídica.

---

<sup>19</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Cols. La salud en Colombia, Análisis Socio-Histórico, Bogotá, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, 1990.

## **1. MARCO METODOLÓGICO**

### **1.1. TEMA**

Proceso de construcción de la regulación del Sistema de Salud Pública en Colombia, desde el debate parlamentario hasta el control constitucional (1990-2010)

### **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Podrá el análisis histórico-crítico de los debates parlamentarios y jurisprudenciales adelantados desde el interior de la Asamblea Nacional Constituyente, del Congreso de la República y de la Corte Constitucional, dentro de la cohorte histórica 1990-2010, explicar cuáles y de qué manera diferentes tipos de intereses mediaron en el proceso de construcción del concepto de salud pública imperante hoy en Colombia?

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El sistema de Salud Pública vigente hoy en Colombia no surge a la vida jurídica de manera espontánea y caprichosa. Este se ha ido construyendo lentamente, desde la misma Constitución de 1886, alcanzando por primera vez su definición en la ley 1122 de 2007, al amparo de las escasas referencias legislativas anteriores, pero sobre todo por la visualización que se hizo sobre el tema, tanto al interior de la Asamblea Nacional Constituyente, como dentro de los debates adelantados en el Congreso de la República con ocasión de la expedición de la ley 100 de 1993, y su reforma de 2007, las cuales contaron con la intervención de diferentes actores sociales, económicos, políticos y culturales que incidieron, de una u otra manera, en el direccionamiento de los textos normativos y, por lo tanto, de las premisas que conforman el concepto de Salud Pública, e implican sus alcances y limitaciones.

Tras un amplio debate ideológico, se promulgó la Constitución Política de 1991, que consagró a la seguridad social, a la salud y el saneamiento ambiental dentro del capítulo de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (artículos 48 y 49), los cuales no gozan de especial protección por parte del Estado, por no ser catalogados

como fundamentales, quedando entonces como derechos prestacionales, cuya garantía está sujeta a la capacidad económica del Estado.

No obstante lo anterior, y como un hecho significativo, los Constituyentes de 1991 catalogaron a Colombia como un Estado Social de Derecho, y como tal debe cumplir unos fines sociales, entre los cuales, afortunadamente, quedaron veladamente incorporados los pertinentes con la salud pública, encaminados a procurar a toda la población el bienestar general y el mejoramiento de su calidad de vida, atendiendo la solución de sus necesidades insatisfechas en relación con la salud individual, el saneamiento ambiental y el agua potable (art. 366 C.P).

La construcción de los artículos 48 y 49 Constitucionales contó, al interior de la Asamblea Nacional Constituyente, con 4 ponencias, una proveniente de la Comisión Primera, y tres de la Comisión Quinta, de las cuales solamente 2 (Comisión Primera y una de la Comisión Quinta) hacen referencia a la salud como parte de la seguridad social integral, sin que ninguna de las 4 aluda a la salud pública de manera expresa. Los consensos celebrados entre los diferentes ponentes dieron como resultado una separación entre la seguridad social y la salud, quedando la primera contenida en el artículo 48, y la salud normada en el artículo 49, dentro del cual también se incluyó el saneamiento ambiental, pero no los elementos estructurales de una auténtica conceptualización de la salud pública.

Igual suerte corrió la Salud Pública en los debates adelantados en las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, tanto dentro de las discusiones de la ley 100 de 1993, como de su reforma contenida en la ley 1122, en donde primaron, según consta en las Actas respectivas, los intereses económicos de los grupos de poder, y los intereses políticos de las bancadas mayoritarias que allí tomaron asiento, las cuales dieron curso a las discusiones de manera breve, superficial y consensual, enfatizando, eso sí, sobre todos los aspectos que de una u otra forma favorecían la privatización de la prestación del servicio de salud, y por consiguiente la consolidación de un sector económico que veía con grandes perspectivas lucrativas el nuevo negocio de la salud.

Los argumentos expuestos a lo largo de los debates parlamentarios que dieron lugar a las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, fueron tenidos en cuenta por la Corte Constitucional, luego de la reclamación del derecho a la salud, vía acción de tutela, por más de un millón de ciudadanos, para definirla en el 2008 como un derecho fundamental autónomo. En un primer estado de interpretación, la Corte Constitucional calificó la salud como derecho fundamental, de forma negativa, es decir no explica

cómo debe ser definida sino **como no debe ser entendida**, sosteniendo que **no es** el simple goce de unas ciertas condiciones biológicas que aseguren la normal existencia

humana. Posteriormente la definió como derecho fundamental por conexidad con el derecho fundamental a la vida, y en la sentencia T-760 de 2008 le asigna la calidad de derecho fundamental autónomo.

Se hace indispensable en este momento determinar que los debates parlamentarios y jurisprudenciales surtidos durante el proceso de creación de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, así como la doctrina y los conceptos de las organizaciones sociales, gremiales y culturales que participaron en la misma, fueron la base para plasmar en su articulado una mezcla entre los principios del Estado Social y Democrático de Derecho y el modelo económico de la libre competencia, generando el empoderamiento de los grupos económicos que controlan el mercado financiero, quienes pugnan por apoderarse de la mercancía denominada SALUD.

Vale la pena precisar que hasta la fecha son nutridas las investigaciones realizadas respecto del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, pero ninguna ha abordado el tema de la construcción de la regulación del Sistema de Salud Pública en Colombia, desde un análisis socio-histórico de las deliberaciones adelantadas en la Asamblea Nacional Constituyente, en el Congreso de la República y al interior de la Corte Constitucional, para concluir de qué manera los diferentes intereses que allí confluyeron, fueron determinantes a la hora de definir la salud pública y de estructurar su escasa regulación.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Explicar bajo una óptica histórico-crítica, partiendo del acervo doctrinal conformado tanto en los debates legislativos como en las decisiones de la Corte Constitucional, dentro de la cohorte histórica 1990-2010, cuáles y de qué manera diferentes tipos de intereses mediaron en el proceso de construcción del concepto de salud pública y las políticas que sobre la materia imperan hoy en Colombia.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Analizar las diferentes exposiciones de motivos y los debates constitucionales y parlamentarios adelantados en el seno de la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente y Séptimas de Senado y Cámara del Congreso de la República, que de manera directa o indirecta se ocuparon de los elementos que conforman la salud pública.

Estudiar las posturas asumidas por las administraciones estatales durante el periodo 1990-2010 y su influencia en los cambios de la regulación plasmada en materia de salud pública en Colombia a partir de 1991.

Exponer los principios y fundamentos que llevaron a la Corte Constitucional a definir a la salud como un derecho fundamental, por encima de un derecho prestacional.

Analizar el proceso de las relaciones ESTADO-SALUD y SOCIEDAD CIVIL y la manera como se han tejido entre sí, imponiendo el primero sus concepciones para la toma de decisiones, y el segundo pugnando por alcanzar las metas de bienestar general, como el propósito esencial de la salud pública.

Evaluar el papel de las instituciones del Estado respecto de la formulación y evaluación de las políticas relacionadas con la salud pública en Colombia.

Identificar el grado de influencia del modelo neoliberal en la consagración constitucional y legal de la seguridad social y la salud como servicios públicos, y su posterior prestación bajo las leyes del mercado y al amparo de la libre competencia.

### **1.5. JUSTIFICACIÓN**

La investigación que se propone permitirá conocer el proceso de construcción del complejo sistema de Salud Pública colombiano en la cohorte histórica 1990-2010, pero no desde la norma escueta, sino desde sus raíces, desde su construcción merced a los debates adelantados en la Asamblea Nacional Constituyente y el Congreso de la República y a los pronunciamientos posteriores emitidos por la Corte Constitucional.

Para llevar a cabo este estudio se tendrán como base las Gacetas que contienen las deliberaciones que tuvieron lugar en la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional

Constituyente, así como las Actas de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República referentes al Proyecto de ley 155 Senado y 204 Cámara de 1992, alusivos a la construcción de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007.

Igualmente, en el desarrollo de la investigación se abordará de fondo la sentencia T-760 de 2008, porque sus fundamentos marcan un hito en la consagración de la salud como derecho fundamental autónomo, y despliegan una serie de órdenes de carácter administrativo, dirigidas a las entidades encargadas de velar por el cabal cumplimiento de los mandatos constitucionales y legales respecto de la idónea prestación el servicio de salud.

## **1.6. METODOLOGÍA**

Abordar un estudio crítico sobre el proceso de construcción de la regulación del sistema de salud pública en Colombia, desde el debate parlamentario hasta el control constitucional, dentro de la cohorte histórica 1990-2010, requirió inicialmente del método analítico que permite sacar a la luz los propósitos detrás de la norma escrita y la forma como diferentes tipos de intereses mediaron en el proceso de construcción de los artículos 48, 49 y 366 de la Constitución Política de Colombia, y de la ley 100 de 1993 y su posterior evolución hasta el año 2010.

Desde otra perspectiva, el método analítico permitió articular las diversas posturas que confluyeron en la construcción final de la normativa hoy imperante en el sistema de salud pública en Colombia, descubriendo la causalidad y finalidad de cada texto legislativo y jurisprudencial. Del mismo modo, el método analítico, junto con el histórico-crítico, conllevaron a precisar que en Colombia no existe un auténtico Sistema de Salud Pública, y la normativa vigente se ha ocupado mayormente de regular la salud tanto individual como colectiva, bajo el modelo de Sistema General de Seguridad Social en Salud, aludiendo brevemente a la Salud Pública.

En igual sentido, los métodos referidos permitieron esclarecer que el Sistema Nacional de Salud, definido en el decreto 2470 de 1968 y reorganizado en la ley 10 de 1990, comprende esencialmente la salud individual y colectiva, aunque incluye algunos aspecto de salud pública como los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de toda la población, y de este sistema forman parte las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud regulado por la

ley 100 de 1993 y demás normas que la modifican, debiendo ser todos los anteriores parte integral del Sistema de Salud Pública.

Haciendo uso de la interpretación se determinó si el amplio catálogo normativo en salud y su extenso desarrollo jurisprudencial han dado o no como resultado la estructuración de un sistema de salud pública eficiente y eficaz. Para tal fin resultó pertinente el acopio de las Actas de la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, ya que allí reposan los respectivos debates suscitados en torno al articulado propuesto, en los cuales participaron diferentes partidos políticos, el gobierno nacional, la academia, los sindicatos, las organizaciones gremiales y los grupos financieros, cada uno exponiendo sus puntos de vista.

También sirvieron de apoyo para la presente investigación, los estudios realizados por diversos autores, que si bien no abordan el estudio de la salud pública desde sus raíces, han elaborado análisis sectoriales e históricos que permitieron entender con mayor precisión la trayectoria que ha recorrido su temática, en los escenarios económico, social, cultural y predominantemente político, factor este último que ha determinado y direccionado la actuación estatal respecto de la implementación de las directrices que orientan la salud pública en Colombia.

El paso a seguir fue el análisis de las diferentes sentencias proferidas por la Corte Constitucional, mediante las cuales sienta su postura en tres diferentes modalidades: primero, calificando a la salud como un derecho de contenido prestacional, y por lo tanto no fundamental; segundo, entendiéndola como un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida, y tercero, elevándola a la categoría de derecho fundamental autónomo.

La presente investigación se desarrolló en 4 etapas: (1) Recolección del material bibliográfico. (2) Sistematización de la información acopiada; (3) Análisis del material bibliográfico; (4) Elaboración del documento final.

Como primera medida se inició la búsqueda de las Actas de la Comisión Quinta de la Asamblea nacional Constituyente de 1991 en la Biblioteca Luis Ángel Arango, y de las Gacetas de las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara de 1992, 1993 y 2006, en la Biblioteca del Congreso de la República, encontrando que dichas entidades no prestaban servicio de atención al público por motivos de la Pandemia del COVID 19 que azotó al planeta entre el 2020 y el 2021, como tampoco atendía mis requerimientos sobre el acceso al material, vía correo electrónico o telefónico. El

mismo tropiezo se tuvo en las diferentes bibliotecas a nivel Distrital, debiendo entonces enderezar la búsqueda de la información secundaria mediante las páginas Web.

La insistencia reiterada de las peticiones acerca del acceso a las Actas de la Asamblea Nacional Constituyente y del Congreso de la República, dieron sus frutos a mediados de 2021, obteniendo el total del material solicitado a través de la habilitación por parte del Congreso de la República para ingresar a algunos archivos que fueron enviados a través de correo electrónico, y de la instrucción requerida para utilizar la página de la Biblioteca Luis Ángel Arango, en la cual reposan los archivos de las Actas de la Asamblea Nacional Constituyente.

Desafortunadamente, actores importantes para la investigación como ACEMI, ASCOFAME, ASMEDAS, la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Médica Sindical Colombiana, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, entre otros, cerraron sus puertas y no fue posible su colaboración, ni física ni virtual, en la consecución del material bibliográfico.

La carencia de la información de las entidades antes enunciadas, impidió, como primera medida, conocer el pensamiento académico y gremial de dichas instituciones respecto de la implementación y estructuración del Sistema de Salud Pública en Colombia, y de otra parte, precisar cuáles fueron sus aportes tanto al interior de la Asamblea Nacional Constituyente como en el Congreso de la República, dentro del proceso de elaboración de la Constitución de 1991 como de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007.

La información acopiada fue analizada de fondo, logrando satisfacer en buena parte el objetivo general de la investigación, quedando por conocer la injerencia de los actores antes referidos, que hubieran aportado suficiente ilustración para concluir con mayor rigor acerca de cuáles y que tipo de intereses mediaron en el proceso de construcción del concepto de salud pública y las políticas que sobre la materia imperan hoy en Colombia.

## **2. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA ANTES DE LA CONSTITUCION DE 1991**

Colombia abandona su condición de colonia del imperio español y se convierte en Estado autónomo a partir de la segunda década del siglo XIX. Según Jaime Jaramillo Uribe, sus primeros atisbos como Estado soberano estuvieron dirigidos, desde el punto de vista financiero, a sanear la situación fiscal del país, siendo necesario “restablecer el tributo de indígenas y la alcabala y recurrir a los empréstitos voluntarios. Los créditos obtenidos en Inglaterra (1819 y 1824) contribuyeron en parte a solucionar la penuria fiscal, pero aun así el tesoro público vivió en estado de déficit”<sup>20</sup>.

Durante buena parte del siglo XIX, y hasta antes de la expedición de la Constitución de 1886, Colombia se organizó como un Estado federal conformado por los Estados Soberanos de Antioquia, Bolívar, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Panamá, Santander y Tolima<sup>21</sup>, cada uno con autonomía administrativa y presupuestal, lo cual le permitió a cada Estado Federal darse su propia Constitución, sin que en ninguna de ellas se lea un desarrollo de los temas relacionados con la higiene pública, pese a que se alude al establecimiento de hospicios y hospitales.

En este periodo histórico la administración de los hospitales estaba en manos de las comunidades religiosas y no existía un sistema de salud pública a cargo de ninguno de los nueve Estados federales. Por esto, los problemas de salud de la población eran atendidos por los médicos y enfermeras que prestaban sus servicios en los hospitales de las congregaciones religiosas. Aquí es importante resaltar que en este periodo los temas de salud demarcaban una diferenciación social, dado que la clase acomodada era atendida por los médicos en sus casas, en tanto que los pobres debían acudir a los hospitales de caridad.

---

<sup>20</sup> JARAMILLO URIBE, Jaime, Etapas y sentido de la historia de Colombia. EN: Colombia hoy, Bogotá, Siglo XXI Editores, 1978, p. 30

<sup>21</sup> SAMPER, José María, Derecho Público Interno. Bogotá, Editorial Temis, 1982, p. 259

Más de diez hospitales habían sido fundados, en la entonces Nueva Granada, por los españoles entre los siglos XVI y XIX, los cuales eran administrados por los Hermanos y Hermanas de la comunidad religiosa de Los Hospitalarios<sup>22</sup>, siendo destacable la labor adelantada por las Hermanas de la Presentación de Tours, quienes inicialmente prestan sus servicios al Hospital San Juan de Dios en 1873, y posteriormente en la Clínica Palermo de la ciudad de Bogotá.<sup>23</sup> En esta época resulta significativo que había una diferencia entre la medicina privada dirigida a los ricos, los cuales eran atendidos por los médicos en sus casas o en las boticas, y la medicina para los pobres, los cuales eran atendidos en los hospitales a manera de caridad pública.

De acuerdo con Álvaro Tirado Mejía, el acentuado federalismo generó una pugna entre Estados por el predominio económico, desencadenando “decenas de levantamientos y revoluciones de tipo regional”<sup>24</sup>, lo cual fue minando la economía de cada uno de ellos, situación que condujo al nacimiento y posterior fortalecimiento de un movimiento centralista que concluyó con la expedición de la Constitución de 1886, eliminando parte de las libertades y garantías que consagraba la Constitución de los Estados Unidos de Colombia, promulgada el 8 de mayo de 1863<sup>25</sup>.

## **2.1. DESARROLLO DE LA HIGIENE PÚBLICA EN LA CONSTITUCIÓN DE 1886.**

El 7 de agosto de 1886, Colombia se incorporó al modelo de Estado centralista al promulgar la Constitución Política de dicho año, la cual debe ser acatada por todos los antiguos nueve Estados federales, en cuyo artículo 1º se lee lo siguiente: “La nación colombiana se reconstituye en forma de república unitaria.”<sup>26</sup>

Esta Constitución mantuvo la consagración de los derechos individuales ya consignados anteriormente en las diferentes Cartas Federales, tales como la libertad

<sup>22</sup> ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA. Síntesis histórica de la medicina en Colombia, Bogotá, febrero 27 de 2015. EN: <https://anmdecolombia.org.co/sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia/>

<sup>23</sup> DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN, Breve reseña histórica. EN:

<https://domipresen.com/cgen19/index.php/es/home/estructuras/279-provincia-de-bogota-esp>

<sup>24</sup> TIRADO MEJIA, Álvaro, Colombia: Siglo y medio de bipartidismos. EN: Colombia Hoy. Bogotá, Siglo XXI Editores, 1978, p. 125

<sup>25</sup> POMBO, Manuel Antonio y GUERRA, José Joaquín. Constituciones de Colombia, Tomo IV, Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1986, p. 157.

<sup>26</sup> SAMPER, José María, Op. Cit. P 259

de imprenta, la libertad de expresión y la libertad de locomoción, pero elimina la libertad religiosa y la libertad de educación, quedando éstas exclusivamente en manos de la Iglesia Católica, igual que la atención de los hospitales.<sup>27</sup>

En el Título III de la Constitución de 1886, denominado “De los derechos civiles y garantías sociales”,<sup>28</sup> pálidamente se aludió a la salubridad pública en el artículo 44, como asunto de carácter estatal. A este respecto, Emilio Quevedo Vélez sostiene que: “La Constitución de 1886 establece un nuevo marco jurídico de carácter centralista, que va a servir de fundamento, entre otras cosas, para la organización de la salubridad pública como función del Estado. Como consecuencia de lo anterior, se promulga la ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene, definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población”,<sup>29</sup> así como las Juntas Departamentales de Higiene, adscritas al Ministerio de Fomento, para resolver las cuestiones que tuvieran relación con la salubridad pública.<sup>30</sup>

La idea de la creación de la Junta Central de Higiene a finales del siglo XIX, adscrita al Ministerio de Fomento, devino de la propagación entre la población de diversas enfermedades contagiosas, tales como “la gripa, la difteria, la tifoidea, la varicela, la escarlatina, el sarampión, el coqueluche y la disentería”, debiendo entonces la administración nacional adoptar medidas urgentes para atender la salubridad pública y evitar la mortalidad y nuevas propagaciones.<sup>31</sup>

Iniciada la construcción del alcantarillado de Bogotá en 1886, se abrió la discusión en el seno de la comunidad científica sobre los temas relacionados con la higiene pública, ya que estaba demostrado que el emprendimiento de aquella obra requería la aplicación de los conocimientos científicos y de la experiencia ya acumulada.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> SAMPER, José María, Op. Cit., ps. 344, 345 y 367

<sup>28</sup> POMBO, Manuel Antonio y GUERRA José Joaquín, Op. Cit. Tomo IV, p. 211

<sup>29</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y otros. La salud en Colombia -Análisis socio-histórico, Bogotá, Ministerio de Salud -Departamento Nacional de Planeación-, 1990, Op. Cit. p. 24

<sup>30</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 6839, Bogotá, Imprenta Nacional, 1886, p.1

<sup>31</sup> CENSO-GUIA DE ARCHIVOS DE ESPAÑA E IBEROAMÉRICA. Archivo de la Secretaría Distrital de Salud - Bogotá, Colombia). Historia de la institución que custodia los fondos de archivo, p. 1. EN: <https://censoarchivos.mcu.es/CensoGuia/archivodetail>.

<sup>32</sup> OSORIO, Nicolás. Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Otros. Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004, p. 63

Para sustentar su afirmación, Nicolás Osorio planteó que: “Por ser la Higiene una ciencia, está demostrado que la acción de un gobierno en el sentido de que hablo, debe ser dirigida por quien haya hecho estudios competentes, y que, por lo mismo, no hay gobierno que no necesite de alguna corporación científica a quien ocurrir siempre que se trate de poner en práctica alguna de las prescripciones de la higiene, prescripciones que no pueden aplicarse con acierto si no estudia a la luz de la ciencia lo que conviene hacer en cada caso particular”.<sup>33</sup>

Según lo afirma Emilio Quevedo Vélez, “La higiene, como conjunto de saberes y prácticas, tuvo pues dos orientaciones diferentes en sus primeras versiones colombianas; por una parte, una higiene [personal o individual] alemana introducida al sistema educativo y, por otra, una higiene [pública] de corte francés, difundida desde los espacios académicos, y en particular, esgrimida por el cuerpo médico colombiano en formación”.<sup>34</sup>

Relata Quevedo que gracias a las cercanías del gremio médico con el Presidente Rafael Núñez y con el médico, Senador barranquillero y representante por el Departamento del Atlántico a la Asamblea Constituyente, Nicanor Insignares (quien más tarde sería ministro de Educación de Núñez), se logró incorporar en el artículo 44 de la Constitución Política de 1886, lo siguiente: “Las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas”.<sup>35</sup>

Debido a la organización federada adoptada por Colombia antes de 1886, los temas relacionados con la higiene pública estaban a cargo de cada Estado en particular. No obstante, con la asesoría y el respaldo científico de Nicolás Osorio y otros médicos miembros de la Comisión de Epidemias de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, Nicanor Insignares se convenció de la necesidad de crear un organismo que dirigiera todos los temas relacionados con la higiene en el país. Como consecuencia, este médico barranquillero presentó ante la Asamblea Constituyente, un Proyecto de Ley que luego se convertiría en la ley 30 de 1886, en virtud de la cual,

---

<sup>33</sup> OSORIO, Nicolás, Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Otros. *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Op. Cit., ps. 63 y 64

<sup>34</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Otros. *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá, universidad Nacional de Colombia, 2004, Op. Cit., p.63

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 65

como se anotó anteriormente, se crearon la Junta Central de Higiene y las Juntas Departamentales de Higiene.<sup>36</sup>

Según Quevedo, “esta junta ya no estaría integrada por “notables”, como era el caso de las Juntas de Sanidad provisionales anteriores, sino por tres médicos y un profesor de ciencias naturales, escogidos por el ejecutivo a partir de ternas presentadas al presidente de la República por parte de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales”.<sup>37</sup>

La Junta Central de Higiene comenzó a funcionar el 17 de febrero de 1887<sup>38</sup> y en desarrollo de sus funciones expidió el Acuerdo 1, en el cual dispuso la organización interna de su trabajo en 4 Comisiones, a saber:

**Primera:** Comisión de policía médica y farmacéutica, encargada de velar por la calidad de los alimentos, condimentos, bebidas y medicamentos al consumo y aguas minerales;

**Segunda:** Comisión de saneamiento de las ciudades y de las habitaciones, encargada de la salubridad de las escuelas, talleres, hospitales, asilos, edificios públicos, entre otros, y de los grandes trabajos de utilidad pública en las relaciones con la higiene general, así como de las condiciones sanitarias de las poblaciones agrícolas y medios que deban emplearse para mejorarlas.

**Tercera:** Comisión de Industrias peligrosas, insalubres o incómodas e higiene de las profesiones, encargada de Epizootias y enfermedades de los animales, conservación y propagación y vigilancia de la vacuna y Organización de la asistencia médica para los enfermos indigentes.

**Cuarta:** Encargada de las medidas que deben tomarse para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas (cuarentenas, lazaretos, etc.); de cuestiones de higiene pública relativas a los recién nacidos, a los expósitos y al servicio de nodrizas y de la mortalidad y sus causas.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> Ibid, p. 65

<sup>37</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Otros. *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia*, Op. Cit. p. 65

<sup>38</sup> Ibid., p. 66

<sup>39</sup> BEJARANO, Jorge. *Reseña histórica de la higiene en Colombia*, p. 10 EN:  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/22310/3222>

Jorge Bejarano, ministro de Higiene en 1946, comenta que: “A esta misma Junta Central de Higiene, se debió una preciosa iniciativa: la creación del Servicio de Medicina Legal, cuya inmensa importancia para la marcha de la justicia es decisiva”.<sup>40</sup>

La Junta Central de higiene, como se observa, adoptó un modelo de salubridad pública eminentemente higienista, el cual se venía desarrollando desde principios del siglo XIX en Europa. El Acuerdo 01 de 1887, emanado de dicha Junta, demuestra unos propósitos universales de protección a la población, incorporando a los recién nacidos, a los fallecidos y las actividades industriales y de obras públicas, siendo un buen ejemplo a seguir en materia de saneamiento ambiental en la época presente.

Refiere Quevedo, citando al Ministerio de Fomento, que “la Junta comenzó en 1888, la publicación de su órgano oficial, la Revista de Higiene. Los primeros trabajos en ella publicados consistían en general, en revisiones de textos extranjeros, especialmente franceses, sobre los temas a considerar y su adaptación a las condiciones locales”.<sup>41</sup>

Llama la atención que las cuarentenas no han sido medidas sanitarias adoptadas exclusivamente a partir del siglo XXI en Colombia, pues tal como lo refiere Quevedo, en 1888 la Junta Central de Higiene solicitó al gobierno nacional “hacer cumplir y aplicar los tratados internacionales para la cuarentena, con el fin de evitar tanto la entrada al país de enfermedades infecciosas nuevas, como su aislamiento del comercio internacional”.<sup>42</sup> Esta iniciativa permitió que Colombia aprobara las Comisiones Sanitarias Internacionales de 1908 y 1912.<sup>43</sup>

Cabe anotar que la Junta Central de Higiene estuvo adscrita a diferentes Ministerios, iniciando su tránsito en el Ministerio de Fomento (1886), para luego formar parte del Ministerio de Agricultura, Minas y Exportación (1891), retornando luego al Ministerio de Fomento (1892).<sup>44</sup>

Quevedo Vélez, expone que:

---

<sup>40</sup> BEJARANO, Jorge, Op. Cit., p 10

<sup>41</sup> QUEVEDO VELEZ, Emilio y Otros. Café y Gusanos, Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 183-1953-, Op. Cit., p. 66

<sup>42</sup> Ibid, p 66

<sup>43</sup> Ibid, p. 67

<sup>44</sup> Ibid, p. 69

“Mediante la Junta Central de Higiene el Estado colombiano institucionalizó “la Higiene Pública en nuestro país, conformándose por primera vez una mínima estructura sanitaria estatal centralizada. Esta estructura estuvo sustentada por un gremio médico participante y activo, por un marco legal que le confería libertad de acción y por una mínima, pero significativa, burocracia que la ponía en marcha. Sin embargo, aunque comenzaba así a contarse con un organismo estatal y un código sanitario completo, según se le juzgaba entonces, no puede decirse que haya existido durante ese tiempo una organización sanitaria nacional efectiva pues la estructura estatal no estaba en capacidad de asegurar la ejecución de las medidas emanadas de dicha Junta”.<sup>45</sup>

Iniciado el siglo XX, la problemática de la salud, en general, se enderezaba en dos sentidos: por una parte, el cuidado de la salubridad pública, a cargo del Estado y, por otra, la salud individual y el manejo de las enfermedades a cargo de cada persona en relación con su médico tratante. Mario Hernández Álvarez sostiene que: “La atención de las enfermedades de los individuos no era algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del Estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien por sus propios medios debería resolver estos problemas; aquel que no contaba con los recursos económicos necesarios, podría acudir a la caridad de los buenos cristianos pudientes, a través de las beneficencias y los voluntariados, o bien, a los servicios caritativos de las comunidades religiosas”.<sup>46</sup>

De acuerdo con Quevedo, “entre los años 1913 y 1930 ocurren distintos intentos de organización sanitaria nacional (...). La ley 33 de 1913 crea el Consejo Superior de Sanidad, haciéndolo depender del Ministerio de Gobierno y con la asesoría directa de la Academia Nacional de Medicina. (...) Un año después, el Consejo Superior de Sanidad es transformado en la Junta Central de Higiene, adscrita al Ministerio de Gobierno. (...) La ley 32 de 1918 convierte a la anterior Junta en Dirección Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública”.<sup>47</sup>

El decreto 266 de 1920 trasladó la Dirección Nacional de Higiene al Ministerio de Agricultura y Comercio, y posteriormente, en 1923, el decreto 1704 regresó dicho organismo al Ministerio de Instrucción Pública, el cual, en 1925, se denominará de

---

<sup>45</sup> QUEVEDO VELEZ, Emilio y Otros. *Café y Gusanos, Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 183-1953-*, Op. Cit., p. 70

<sup>46</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. *El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana*, Revista Avances en enfermería, Vol 9, No. 2, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1991, Op. Cit., p. 64

<sup>47</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. *La salud en Colombia, Análisis sociohistórico*, Op. Cit., p 25.

Instrucción y Salubridad Pública. Dice Quevedo que “este hecho se relaciona con la concepción de la higiene como un problema básicamente educativo”.<sup>48</sup>

Concluye Quevedo que el ir y venir de los organismos de higiene “muestra cierta contradicción planteada durante estas primeras décadas del periodo higienista, consistente en la dificultad de priorizar las políticas y las acciones sanitarias hacia el problema social y económico nacional, o hacia el asunto del individuo y su comportamiento”.<sup>49</sup> Y añade que: “En todo caso aparecen decisiones encaminadas en ambos sentidos y solamente hasta la década del 30, el Estado tomará una opción, en el sentido de involucrar la higiene dentro de las políticas sociales”<sup>50</sup>.

## **2.2. LA HIGIENE PÚBLICA EN LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1936.**

El marcado centralismo consignado en la Constitución de 1886 facilitó el ejercicio de un sinnúmero de funciones que se requerían para el desarrollo económico y social del país. Sin embargo, en las tres primeras décadas del siglo XX la nación no se había recuperado de los problemas heredados de las guerras civiles del siglo XIX, gestadas entre los diferentes Estados federados y entre los partidos políticos liberal y conservador, que pugnaban por el control político del Estado y de la sociedad colombiana.

A esta situación se aunaron las protestas y las huelgas obreras que se iniciaron desde 1918 y las respuestas violentas de los gobiernos de turno que llegaron a su máxima expresión con “la masacre de las bananeras” entre el 5 y el 6 de diciembre de 1928,<sup>51</sup> que condujo a la pérdida del poder por parte del partido conservador y al inicio del periodo conocido como La República Liberal y a su primer gobierno (1930-1934), presidido por Enrique Olaya Herrera.<sup>52</sup> Los cambios políticos, económicos y sociales que devinieron luego del retorno del liberalismo al poder, aparejaron que el Estado colombiano asumiera sus deberes sociales, contando entre ellos la asistencia pública y otras garantías a favor de los trabajadores.<sup>53</sup>

---

<sup>48</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio La salud en Colombia, Análisis sociohistórico, Op. Cit., p 25.

<sup>49</sup> Ibid, p 26.

<sup>50</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia -1873-1953-, Op. Cit, p 239

<sup>51</sup> GAITÁN, Jorge Eliecer (1972) 1928. La masacre en las bananeras. Documentos. Testimonios. Bogotá, Ediciones libres.

<sup>52</sup> TIRADO MEJÍA, Álvaro. Colombia: Siglo y medio de bipartidismo, Op. Cit., ps. 144 y 145

<sup>53</sup> Ibid., ps. 148 a 155

La organización del Estado colombiano estuvo orientada durante la vigencia de la Constitución de 1886, por una filosofía mixta que combinaba principios eminentemente conservadores, auspiciados por la Iglesia Católica, con los fundamentos liberales que auspiciaban la concepción del Estado de Derecho, surgido éste de los ideales de la Revolución Francesa que pregonó los principios de libertad, igualdad y fraternidad del ciudadano frente al Estado.

Dentro del modelo de Estado de Derecho, Colombia se ocupó vía constitucional (art. 19), de proteger la propiedad privada, junto con la vida y la honra de todas las personas residentes en el país, sin que haya habido referencia a los temas relacionados con la salud y los servicios públicos domiciliarios, lo que no significa que fueron desatendidos por parte del Estado.<sup>54</sup>

Uno de los pilares sobre los que descansó la reforma constitucional de 1936 fue la transformación de Colombia de un Estado de Derecho, caracterizado por el asistencialismo y la caridad, a un Estado liberal pero intervencionista fundado, especialmente, en la protección dada a los trabajadores de las grandes ciudades y a los empresarios generadores de empleo, y en la consagración, en el artículo 16 de dicha reforma según lo refiere Carlos Restrepo Piedrahíta, entre otros principios, de la asistencia pública como función del Estado.<sup>55</sup>

Las políticas de salud pública no pueden desarrollarse si no existe un Estado con capacidad de intervenir y regular la economía, tal como se plasmó en la reforma constitucional de 1936, ya que sin una norma Superior que autorice a los jefes de Estado a regular todos los elementos constitutivos de las políticas sanitarias, epidemiológicas, ambientales y de producción, distribución y consumo de alimentos y medicamentos, difícilmente se podrán alcanzar unas metas de bienestar en salud, tal como aparece plasmado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.<sup>56</sup>

Acertadamente plantea Tulio Enrique Tascón, que el artículo 19 de la Constitución Política de 1886, no hace referencia a la intervención del Estado en la satisfacción y garantía de las necesidades humanas,<sup>57</sup> lo cual denota que el texto de dicha

<sup>54</sup> SAMPER, José María, Op. Cit., ps. 322 y 323

<sup>55</sup> RESTREPO PIEDRAHÍTA, Carlos. Recopilación de Actos Legislativos, 1914-1986. Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1986, p. 34

<sup>56</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, p. 1. EN: <https://internacional.vlex.com/vid/mundial-salud-oms-67144579>

<sup>57</sup> TASCÓN, Tulio Enrique. Derecho constitucional colombiano. Comentarios a la Constitución Nacional, Bogotá, Editorial Minerva, 1934, p. 71.

Constitución sustrae al Estado de las obligaciones sociales que debe asumir para con sus asociados.

Aquí cobra importancia lo expresado por León Duguit, cuando afirma que acaso no es “preciso encontrar un principio en virtud del cual se reconociese al Estado, no solamente obligaciones negativas, sino también obligaciones positivas o, en otros términos, un principio en virtud del cual pudiese decirse, no sólo lo que el Estado no puede hacer, sino también lo que está obligado a hacer”.<sup>58</sup> Y, al decir de Tascón, “por ejemplo, [el Estado] está obligado a dar gratuitamente a todos la enseñanza primaria, a proteger a los ancianos, inválidos e incurables, a procurar trabajo a los desocupados, etc., y, en una palabra, a intervenir para procurar el bienestar común, como expresión de un sentido total de la vida humana y no del egoísmo individual”.<sup>59</sup>

Estas afirmaciones de Duguit y Tascón, permiten entender que las obligaciones del Estado se enmarcan dentro de la noción de servicio público, siendo imperiosa su prestación de manera permanente. Desafortunadamente, y como lo afirma Everaldo Lamprea, estas ideas de servicio público de Duguit, no contribuyeron en las décadas de los 30 y 40 del siglo XX, a construir en Colombia lo que se denomina un estado de bienestar, que ofreciera “servicios de salud, pensiones, subsidios o servicios públicos domiciliarios a sectores considerables de la población”.<sup>60</sup>

### **2.2.1 La intervención del Estado en la economía y la función social de la propiedad.**

El artículo noveno de la reforma constitucional de 1936 involucró la premisa de un Estado garante de los deberes sociales, que deben ser protegidos tanto por las autoridades de la República como por los particulares. Dicha reforma constitucional debe entenderse como la asunción y reconocimiento por parte del Estado de sus deberes sociales en materia de educación, salud y bienestar en general, pero estas obligaciones pueden, y deben, ser compartidas con los particulares, tal como lo establece el mencionado artículo, que dice: “Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas,

<sup>58</sup> DUGUIT, León. Soberanía y Libertad, Traducción de José G. Acuña, Buenos Aires, Editorial Tor, 1943, p.83.

<sup>59</sup> TASCÓN, Tulio Enrique, Op. Cit., p 71

<sup>60</sup> LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: Encrucijadas y salidas. Bogotá, Universidad de los Andes, 2011, p. 22.

honra y bienes, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.<sup>61</sup>

Esta norma resulta altamente democrática y se aleja de cualquier postura totalitaria, ya que se reconoce la necesidad de que, para alcanzar el bienestar social de la comunidad, se requiere el concurso tanto de los particulares (empresarios, trabajadores, ciudadanía en general) como del Estado; además se hace indispensable una garantía, emanada del propio Estado, encaminada a amparar los derechos de los habitantes del territorio nacional, sin importar su condición económica y social. De allí la importancia de proteger, de manera equilibrada, tanto la propiedad privada como el trabajo.

### **2.2.2. La asistencia pública como función del Estado.**

Como preludeo a la reforma constitucional de 1936, y en materia de asistencia pública, es conveniente precisar que todos los hospitales y servicios de salud existentes a lo ancho y largo del territorio nacional en las primeras tres décadas del siglo XX, estaban gerenciados y administrados por las comunidades religiosas, y sus recursos provenían de donaciones efectuadas por personas caritativas. Para Mónica Uribe Gómez, “En Colombia, casi hasta mediados del siglo XX primó la beneficencia en la asistencia social, fundamentada en los principios de la caridad cristiana. La Iglesia aparecía como la institución rectora por excelencia para la atención de los pobres, quienes estaban representados sobre todo por enfermos, indigentes, desvalidos, mujeres y niños”.<sup>62</sup>

La historia de Colombia ha registrado la estrecha unión que desde 1886 se mantuvo entre la Iglesia Católica y el Estado, el cual delegó en aquella, hasta 1936, la organización y dirección de la educación pública, lo mismo que de la asistencia pública, dotándola inclusive de herramientas legales y presupuestales. Uribe Gómez anota que “el Estado contribuyó con presupuestos, pero en la mayoría de los casos eran los hospicios y las fundaciones privadas para beneficencia los que decidían cómo y a quien debía atenderse”.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> RESTREPO PIEDRAHÍTA, Carlos, Op. Cit., p. 32

<sup>62</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica. Entre la beneficencia y la asistencia pública, p. 38. EN: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8495/9139+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

<sup>63</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica, Op. Cit., p. 39

El artículo 16 de la reforma constitucional de 1936 dispuso lo siguiente: “La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado”.<sup>64</sup>

Esta asistencia, consignada en el artículo 16 de la reforma constitucional de 1936, está referida a un servicio médico y social para los pobres, que no implica una salud pública como tal.

Para entender la problemática de la asistencia pública se debe desentrañar el espíritu de la expresión “la ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla **directamente** el Estado”, ya que aquí se presume que hay casos en los cuales la atención de la asistencia pública puede salir de la órbita estatal y pasar a manos de particulares, como las comunidades religiosas, las fundaciones sin ánimo de lucro desarrolladas bajo las normas canónicas y civiles, y los profesionales de la medicina, los cuales podían ejercer su profesión a la luz de lo consagrado en el artículo 15 de la misma Carta, que dice: “Las autoridades inspeccionarán las profesiones y oficios en lo relativo a la moralidad, seguridad y salubridad públicas”.<sup>65</sup>

Según Mario Hernández Álvarez, el artículo 16 de la Constitución de 1936 encierra tres condiciones para acceder a la asistencia pública:

“Carecer de medios de subsistencia, de derecho para exigirla a otros y estar físicamente incapacitado para trabajar. Aplicada la norma estrictamente, serían muy pocos los incluidos en esta triple fatalidad y sería muy barato para cualquier Estado, dar esta asistencia. Sin embargo, desde esta aceptación de deberes sociales del Estado, incluyendo la posibilidad de prestación directa de servicios de asistencia pública, se evidencia un cambio de dirección importante en el campo del papel del Estado frente a la salud de los ciudadanos”.<sup>66</sup>

En el informe de ponencia presentado al Senado por el partido liberal con ocasión de la reforma constitucional de 1936, el texto propuesto a la plenaria hacía referencia a

---

<sup>64</sup> RESTREPO PIEDRAHÍTA, Carlos. Op. Cit., p 34

<sup>65</sup> Ibid., p. 34

<sup>66</sup> HERÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario, Op. Cit., p 66

la asistencia pública como función esencial del Estado.<sup>67</sup> Sin embargo, el texto definitivo eliminó la palabra “esencial”, lo que denota que no se privilegiaba la asistencia pública como un deber u obligación de especial interés del Estado, dando paso a un escaso desarrollo legislativo que reglara dicho deber social.

Según Luis Carlos SÁCHICA, “la conferencia episcopal reunida en 1936 en Bogotá formuló reparos, [...] contra la declaración de que la asistencia pública es función social por prestarse a la intromisión del Estado en todas las obras e instituciones de beneficencia; [...] contra la fiscalización oficial de la inversión y destino de las donaciones con interés social”.<sup>68</sup>

Nótese que a la Iglesia Católica no le convenía la intervención del Estado en materia de asistencia pública, dado que controlaba prácticamente el 100% de los hospitales, ancianatos, orfanatos y casas de hospicio, y esta intervención afectaba a su vez el control de las donaciones recibidas de los particulares para el desarrollo de sus obras de beneficencia, como quien dice, el Estado les estaba metiendo la mano al bolsillo.

La ley 108 de 1936 dispuso, en su artículo primero, que “[...] en adelante, los auxilios destinados a la asistencia pública en el presupuesto nacional, se distribuirán de acuerdo con el censo de población aprobado, de cada Departamento”. Por su parte, el artículo 2 de la misma ley, determinó que “Las instituciones de utilidad común que se dediquen a la asistencia pública y que reciban auxilios del tesoro público, quedarán sometidas a las normas que dicte el Gobierno Nacional”. Esta última disposición resquebrajaba, en gran medida, el monopolio que, en materia hospitalaria, de beneficencia y asistencia pública, mantenía la Iglesia Católica desde finales del siglo XIX.

### **2.3. DESARROLLO LEGISLATIVO EMANADO DE LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1936 EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.**

Como primera medida se debe advertir que la llegada al poder del partido liberal en 1930, fue producto de la crisis social, económica y política por la que atravesaba el país bajo los gobiernos conservadores, y como lo refiere Ana Carolina Mercado

---

<sup>67</sup> TIRADO MEJÍA, Álvaro y VELÁSQUEZ, Magdala. La reforma constitucional de 1936, Bogotá, Editorial La Oveja Negra, 1982, p. 278

<sup>68</sup> SÁCHICA, Luis Carlos. Constitucionalismo colombiano, Bogotá, Editorial Temis, 1980, p. 472

Gazabón, las “huelgas obreras, motines estudiantiles, más la fuerte oposición liberal condujeron a la victoria de ese partido”<sup>69</sup>

En efecto, el inconformismo de la clase trabajadora, que pugnaba mediante huelgas por mejoras salariales y condiciones laborales dignas, aunado a los efectos sociales generados por la Masacre de las Bananeras de 1928 y la crisis mundial de 1929, que golpeó al país con la caída de sus exportaciones de café, paralización de obras públicas, despido de trabajadores y suspensión del crédito externo, principalmente, fueron factores que propiciaron el ascenso del partido liberal al poder<sup>70</sup>, ya que sus principios, al menos consignados en sus Estatutos, encarnaban los anhelos de la mayoría de la población colombiana.

Bajo este panorama, los principios medulares de la reforma constitucional en salud de 1936, comentada en páginas anteriores, permitieron al Congreso y al presidente de la República, Alfonso López Pumarejo (1934-1938), elaborar normas que pusieran en marcha los temas relativos a la seguridad social, tanto en materia laboral como de salud, pero circunscribiendo su radio de acción a los trabajadores asalariados y a los servidores públicos. De este modo, se expidieron las leyes 6 de 1945 y 90 de 1946.

### **2.3.1. La ley 6 de 1945.**

En materia de salud esta norma facultó al Gobierno Nacional para organizar la Caja de Previsión Social de los empleados y obreros nacionales, que entre sus funciones tenía la de prestar los servicios de salud, tanto médico-asistenciales como hospitalarios, a los trabajadores que prestaban sus servicios a las entidades oficiales de los ámbitos nacional, departamental y municipal. Vale la pena aclarar que los trabajadores que no prestaban sus servicios al Estado, no tenían hasta este momento la cobertura de las Cajas de Previsión, debiendo acudir al servicio médico particular o al suministrado por la empresa con la cual tenían contrato de trabajo.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> MERCADO GAZABON, Ana Carolina. La influencia de León Duguit en la reforma social de 1936 en Colombia, Bogotá, Universidad del Rosario, 2015, p. 54

<sup>70</sup> TIRADO MEJÍA, Álvaro, Colombia, siglo y medio de bipartidismo, Op. Cit., ps. 144 a 155.

<sup>71</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 25772, 21 de febrero de 1945, Bogotá, Imprenta Nacional, 1945, p. 22

### **2.3.2. Ley 90 de 1946**

Esta ley diseñó un régimen de seguros sociales, con una cobertura restringida a las personas que tuvieran un contrato de trabajo con un patrono o empleador particular, y a los trabajadores del servicio doméstico como choferes, mensajeros, jardineros, cocineros, entre otros. Así mismo incluyó a los empleados y obreros que prestaban sus servicios a la nación, los departamentos y los municipios en la construcción y conservación de las obras públicas y en las empresas o instituciones comerciales, industriales, agrícolas, ganaderas y forestales. También quedaban cobijados los médicos y demás personal científico que de manera continua prestaban sus servicios al Instituto Colombiano de Seguros Sociales, y los trabajadores independientes cuyos ingresos normales no excedieran de \$1.800, anuales<sup>72</sup>.

En estas condiciones se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y se estableció el Seguro Social Obligatorio, que cubría las enfermedades no profesionales, la maternidad, la invalidez, la vejez, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y la muerte.

Cabe anotar, como lo afirma Ulpiano Ayala, que “La seguridad social se inició y aún permanece en la mayoría de los países latinoamericanos y en Colombia bajo la modalidad de seguros sociales. Estos fueron introducidos en Alemania en 1880 por el canciller Bismarck, [...]”,<sup>73</sup> cuyo modelo planteaba la concurrencia para el pago del seguro en forma tripartita, entre el Estado, el empleador y el trabajador, según proporciones diseñadas por la legislación nacional.

## **2.4. LA SALUD PÚBLICA EN LOS PLANES DE DESARROLLO 1970-2010**

La reforma constitucional de 1968 incorporó en el numeral 4 del artículo 76 como una de las funciones del Congreso la de “fijar los planes y programas de desarrollo económico y social a que debe someterse la economía nacional, y los de las obras públicas que haya de emprenderse o continuarse, con la determinación de los recursos

---

<sup>72</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial 23112, 7 de enero de 1947, Bogotá, Imprenta Nacional, 1947, p. 1

<sup>73</sup> AYALA, Ulpiano. Introducción a la seguridad y a los seguros sociales. EN: Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia (1946-1992), Centro de Investigaciones para el desarrollo, Universidad Nacional, p 18. EN: <https://es.scribd.com/document/206460621/Rodriguez-Estructura-y-Crisis-de-La-Seguridad-Social-en-Colombia-1946-1992>

e inversiones que se autoricen para su ejecución y de las medidas necesarias para impulsar el cumplimiento de los mismos”.<sup>74</sup>

#### **2.4.1. Administración de Misael Pastrana Borrero.**

El numeral 4 del artículo 76 constitucional tuvo su primera aplicación en la administración del presidente Misael Pastrana Borrero (1970-1974), quien en su Plan Nacional de Desarrollo denominado “Las Cuatro Estrategias” presentó los temas relacionados con la salud, partiendo de una descripción de la mortalidad y la morbilidad como uno de los indicadores de las condiciones de salud de la población. Igualmente destacó el grave problema de la desnutrición como un factor determinante de la alta proporción de mortalidad.<sup>75</sup>

Según Quevedo Vélez, “la situación de las reformas [en el sector salud] fue más estable que en los demás. La salud continuaba siendo entendida como una inversión para el desarrollo<sup>76</sup> y, en *Las Cuatro Estrategias*, quedaba claro que “el incremento de las inversiones en ese campo no daría resultados benéficos en los niveles de salud si no se [hacía] un esfuerzo sustancial para elevar los aportes que [garantizaran] el pleno funcionamiento de las entidades en servicio, y especialmente de las que van terminando”.<sup>77</sup>

Dentro del Plan de la administración Pastrana Borrero, se hizo un análisis de los factores hostiles que inciden en la salud de la comunidad, tales como la carencia de agua potable, escasa cobertura de alcantarillado y mala administración de las basuras, y se previó la vacunación como un instrumento de preservación de la salud. El documento advierte que el mejoramiento del estado de salud de la población está íntimamente ligado con la integración de las políticas de sectores tales como la agricultura, la educación, la vivienda y el desarrollo industrial.<sup>78</sup>

<sup>74</sup> RESTREPO PIEDRAHÍTA, Carlos, Op. Cit., p.159

<sup>75</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. *Las Cuatro Estrategias, 1970-1974*, ps. 74 y ss. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antecedentes.aspx>

<sup>76</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y cols. *El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969-2019*, Tomo I. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario 2021, Op. Cit, p. 146

<sup>77</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación, 1972, citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, *El renacer de una ilusión*, Tomo I, Op. Cit., p. 146

<sup>78</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación, *Las Cuatro Estrategias, 1970-1974*, Op. Cit., ps. 76 a 85

Continúa su análisis Quevedo Vélez, siguiendo las premisas consignadas en Las Cuatro Estrategias, exponiendo que para alcanzar tales objetivos se inició la búsqueda del “modelo que podría ser más útil para construir un Sistema de Salud de carácter centralista que permitiera mejorar el sector y la organización sanitaria nacional, siguiendo las recomendaciones de las organizaciones internacionales”,<sup>79</sup> a la vez que se determinó “de carácter urgente definir cuál sería la alternativa más amplia, segura y viable que permitiera lograr la tan anhelada cobertura total. La idea fundamental era la de crear un Servicio Nacional de Salud [...]; sin embargo, en el momento de decidir sólo se ofrecen dos alternativas: [...] un Servicio Único de Salud o un Sistema Nacional de Salud”.<sup>80</sup>

La administración Pastrana Borrero encuentra diseñado el Sistema Nacional de Salud, creado mediante el decreto 2470 de 1968, durante la administración de Carlos Lleras Restrepo, en cuyo artículo 1º se le define como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”.<sup>81</sup> El artículo 2º de la norma citada organiza el Sistema en los niveles nacional (Ministerio de Salud Pública), seccional (constituido por los Servicios Seccionales de Salud) y local, (constituido por los recursos ejecutivos del Sistema de Salud Pública, tales como hospitales, centros y puestos de salud, y demás instituciones de salud existente, y las que en el futuro se creen).<sup>82</sup>

Pastrana Borrero reorganizó el Sistema Nacional de Salud mediante el decreto 654 de 1974,<sup>83</sup> que “ponía en marcha los conceptos de la teoría general de sistemas, haciendo énfasis en la función directiva y coordinadora del Ministerio de Salud Pública en todo el Sistema”,<sup>84</sup> tratando de conservar el control de la salud por parte del Estado, pero “aceptando la heterogeneidad y la fuerza ineludible de la Seguridad Social y de las formas privadas de prestación de servicios”<sup>85</sup>

---

<sup>79</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit., p. 147

<sup>80</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. La salud en Colombia, Análisis sociohistórico, Op. Cit., p. 67

<sup>81</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 32616, Bogotá del 7 de octubre de 1968, Imprenta Nacional, 1968, p. 7

<sup>82</sup> Ibid., p. 7

<sup>83</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 34079 del 13 de mayo de 1974, Bogotá, Imprenta Nacional, 1974, p. 2

<sup>84</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I., Op. Cit., p. 150

<sup>85</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, La salud en Colombia. Análisis sociohistórico, Op. Cit., p 70

#### 2.4.2. Administración de Alfonso López Michelsen.

Para el periodo 1974-1978, Alfonso López Michelsen presentó el Plan de Desarrollo denominado “Para Cerrar la Brecha”<sup>86</sup>, incluyendo en éste la alimentación y la nutrición como temas estrechamente relacionados con la salud. Igualmente, hizo especial énfasis en el saneamiento ambiental, puntualizando en la importancia de implementar el servicio de acueducto y alcantarillado en las zonas urbanas y rurales de los diferentes municipios a fin de lograr una mejor calidad de vida para toda la población, lo que va a repercutir en su mayor bienestar.

No se puede dejar pasar por alto el hecho de que las políticas neoliberales que venían abriéndose paso en Colombia desde la década de los setenta, encuentran un ambiente propicio para su implementación con la llegada al poder de López Michelsen, pues aquí se inicia una apertura a favor de la importación de mercancías que en otras épocas eran producidas en el territorio nacional, lo cual desencadenó lentamente el empobrecimiento, tanto de los agricultores como de los pequeños y medianos industriales.

Una preocupación del mandato de López Michelsen fue la situación social de la población colombiana, que aparejaba el bienestar social con mejoras salariales e inversión en salud, educación y vivienda.<sup>87</sup> Sin embargo, su visión para acceder a la prestación de dichos servicios, específicamente al de la salud, dejaba entrever grandes visos neoliberales, y a diferencia de los Planes de Desarrollo anteriores, aquí la salud no es entendida como “una inversión del Estado para garantizar el desarrollo”, sino como “un gasto que el Estado se debe quitar de encima”. Tal como lo explica Quevedo Vélez, López Michelsen “abandonó la idea desarrollista y keynesiana, [...] de entender la salud como un derecho y como una inversión para el desarrollo y empezó a verla como un gasto y un servicio social. Por lo tanto, en su Plan de Desarrollo, 1975-1978, titulado *Para Cerrar la Brecha* no la incluyó dentro de las políticas de inversión sino entre los programas sociales”.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Para Cerrar la Brecha, 1974-1978, ps. 4 a 6. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antteriores.aspx>

<sup>87</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I., Op. Cit., p. 163

<sup>88</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación, 1976, Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Op. Cit., p. 166

Uno de los propósitos de Alfonso López Michelsen en materia económica, fue la de convertir a Colombia, como él lo expresaba, en el Japón Sudamericano, dada la posición geográfica del país y la coyuntura económica del incremento de los precios del café. Como dato curioso, Quevedo Vélez comenta lo dicho por Stephen Randall, biógrafo de Alfonso López, respecto de su interés de convertir a Colombia en el Japón de Latinoamérica, buscando dentro de esta misma línea “hacer uso del Estado para mejorar los servicios sociales y de cuidado de la salud [y] la educación”,<sup>89</sup> acotando que “El biógrafo parece no comprender que tratar los servicios sociales y el cuidado de la salud y la educación en programas sociales era otra estrategia del modelo neoliberal para liberar al Estado de los gastos que le implicaban garantizar el derecho a la salud y la educación”.<sup>90</sup>

En el capítulo noveno del Plan Nacional de Desarrollo “Para Cerrar la Brecha”, se destacan los propósitos gubernamentales para los programas de salud y saneamiento ambiental, exponiendo que: “La actual administración es consciente de la importancia que tienen para el desarrollo del país las inversiones destinadas a mejorar la salud, por ser una forma de contribuir al bienestar de las gentes y, además, porque reconoce que el principal recurso de una sociedad es su capital humano. Precisamente, los altos índices de enfermedades en la población reducen sustancialmente el potencial productivo de la fuerza de trabajo y tienen repercusiones negativas en el desarrollo de las futuras generaciones”<sup>91</sup>

Así mismo, el Plan “Para Cerrar la Brecha” propone una serie de políticas para el sector salud, encaminadas a aumentar su cobertura, acercar el campo y la ciudad, mejorar la capacidad hospitalaria y la calidad del servicio, fortalecer el sistema nacional de salud e integrar los diferentes sectores para alcanzar el desarrollo social y económico del país,<sup>92</sup> todo esto bajo un modelo de privatización de la salud, que se ve reflejado en el artículo 2 del decreto 056 de 1975, que vincula al Sistema Nacional de Salud, todas las personas jurídicas de derecho privado que presten servicios de salud a la comunidad, reciban o no aportes estatales”.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> RANDALL, Stephen. Alfonso López Michelsen. Su vida, su época. Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit. P. 164

<sup>90</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit., p. 164

<sup>91</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación, Para Cerrar la Brecha, 1974-1978. Op. Cit., p. 16

<sup>92</sup> Ibid., ps. 18 - 19

<sup>93</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 34260 del 19 de febrero de 1975, Bogotá, Imprenta Nacional, p.9

Observa el tratadista Quevedo Vélez, que el decreto 056 de 1975 “dejó de lado a la Seguridad Social y, de alguna forma al subsector privado”.<sup>94</sup> Y añade que, “los hospitales públicos comenzaron entonces a sufrir la falta de recursos, y la fuerte competencia del sector privado y de la seguridad social”.<sup>95</sup> Ilustra Quevedo Vélez, que el decreto 056 de 1975 estuvo inspirado por la propuesta del Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde y del epidemiólogo Henrik Blum, que llamó la atención de los funcionarios colombianos del Ministerio de Salud, “la cual afirmaba que no valía la pena que el Estado invirtiese en las instituciones de prestación de la atención médica, pues, además de ser muy costosas, no habían logrado nunca resolver el problema de la salud de las poblaciones. Alternativamente, proponía que estos servicios de atención médica fueran delegados por el Estado al capital privado, o más precisamente al capital financiero para que los manejara y los volviera negocio, quitándole de encima esos ‘gastos’ al Estado”.<sup>96</sup>

### **2.4.3. Administración de Julio César Turbay Ayala.**

La carta de navegación de la administración del presidente Julio César Turbay Ayala (1978-1982) se denominó “Plan de Integración Social”<sup>97</sup>, que además de dar continuidad a los programas PAN (Plan Nacional de Alimentación y Nutrición) y PIN (Plan de Integración Nacional) de su antecesor López Michelsen, pone de manifiesto la subsistencia de situaciones que obligan a direccionar la labor del Estado a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad mediante la prestación de los servicios en todos los niveles de manera regionalizada, y la integración sectorial para alcanzar el desarrollo armónico del Sistema Nacional de Salud, todo lo cual puede ser alcanzado mediante el trabajo coordinado de las Cajas de Compensación Familiar, las Cajas de Previsión Social y el Instituto de Seguros Sociales, en armonía con las políticas del Ministerio de Salud.

El gobierno de Turbay Ayala “estaba comprometido, sin duda, con la prolongación de la política económica del anterior, en el marco ‘del proceso de instalación de las políticas neoliberales merced a la introducción de una serie de medidas tendientes a

---

<sup>94</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión. Tomo I,, Op. Cit., p. 167

<sup>95</sup> Ibid., p. 167

<sup>96</sup> Ibid., ps. 167 y 168

<sup>97</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Plan de Integración Social, 1978-1982, ps. 85 a 88. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antteriores.aspx>

la liberalización del comercio exterior y en pro de la austeridad fiscal”.<sup>98</sup> La apertura comercial impulsada por Turbay Ayala, liberó las importaciones, eliminando los aranceles que se les venían imponiendo desde finales de la década de los sesenta, generando con ello, de una parte, un fenómeno inflacionario y, de otra, una disminución de la producción nacional, todo lo cual trajo como consecuencia una crisis económica, financiera y social que generó el descontento popular, combatido por el gobierno a través de medidas represivas contenidas en el Estatuto de Seguridad.<sup>99</sup>

A pesar de registrarse una crisis social y económica al interior del país, el nuevo modelo de libre importación propició la aparición de una élite que se alimentaba del flujo de capitales extranjeros y de los excedentes del comercio internacional, lo que favoreció, como lo dice Quevedo Vélez, el florecimiento de la medina privada, que aparejó “el nacimiento de nuevas clínicas privadas y los desarrollos de las ya existentes. Conforme con la propuesta del ‘campo de la salud’, de Lalonde y Blum, estas clínicas prestaban servicios de atención médica privada de alta tecnología, a altos costos para esta nueva élite que tenía capacidad de pago y que no estaba dispuesta a ser asistida o atendida en los hospitales del Estado o en las limitadas clínicas privadas tradicionales”.<sup>100</sup>

#### 2.4.4. Administración de Belisario Betancur Cuartas.

“Cambio con Equidad”<sup>101</sup> fue el Plan Nacional de Desarrollo que orientó la administración del presidente Belisario Betancur Cuartas (1982-1986), dentro del cual uno de los propósitos esenciales fue el programa de salud básica para todos, teniendo en cuenta que, “la atención en salud es un **derecho fundamental** de la población, considerado como una **prolongación de su derecho a la vida**. Por ello, el programa de Salud Básica para Todos tiene como objetivo garantizar la cobertura universal de los servicios básicos de salud mediante el fortalecimiento de los programas de atención primaria y la extensión de la cobertura de los servicios de salud”.<sup>102</sup>

<sup>98</sup> ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo, citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I. Op. Cit., p 185

<sup>99</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión Tomo I, Op. Cit., ps. 189 y 190.

<sup>100</sup> Ibid., p 190

<sup>101</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Cambio con Equidad, 1982-1986, p. 29 EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

<sup>102</sup> Ibid, p. 29

Este programa sienta las bases para el posterior desarrollo de la universalidad de la salud, tan mencionada y debatida en la Asamblea Nacional Constituyente, y para su declaratoria por la Corte Constitucional, en la Sentencia T-406 de 1992, como derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida.

Sobresale dentro de este Plan la premisa “La salud factor de desarrollo”, para lo cual integra la política de salud con el conjunto de la política económica y social, así: “La prevención de las enfermedades, el aumento de la cobertura de los servicios asistenciales a los grupos más desfavorecidos y la mejora de su calidad son, de una parte, objetivos que tienden a lograr mayor equidad social y, de otra, objetivos estratégicos para elevar la productividad del trabajo, la cual depende en buena medida de la salud de la población”<sup>103</sup>

#### **2.4.5. Administración de Virgilio Barco Vargas.**

La administración del presidente Virgilio Barco Vargas (1986-1990) presentó el “Plan de Economía Social”<sup>104</sup> que incluía, dentro de los programas sectoriales para el desarrollo social, las políticas específicas en salud, educación, bienestar y seguridad social de los hogares, encaminados al mejoramiento de las condiciones de empleo e ingresos de la población. El Plan destina un capítulo especial a analizar la problemática de la salud, continuando con el programa de salud básica para todos propuesto por Belisario Betancur, especialmente en lo que respecta con la cobertura universal de la atención primaria y su categorización como derecho fundamental.

Cabe advertir que la administración Barco Vargas recogió la herencia de una situación económica, social y política profundamente influida por el narcotráfico, la violencia guerrillera y la inconformidad popular, y presionada desde afuera por los requerimientos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que exigían el desmonte del modelo proteccionista y de la intervención del Estado en la economía, a cambio de empréstitos requeridos por Colombia para la puesta en marcha de sus programas sociales y económicos. Por eso, dicha administración opta por canjear las prerrogativas sociales del pueblo colombiano por una transitoria seguridad económica.

---

<sup>103</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación, Cambio con Equidad, Op. Cit., p. 25

<sup>104</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Plan de Economía Social, 1986-1990, p. 20 EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antteriores.aspx>

Según Henry Bocanegra Acosta, “desde el gobierno de Barco se pactó el compromiso con el Banco Mundial, dentro del proceso de apertura a hacer reformas al régimen laboral y social, entre otras medidas, a cambio de un crédito de 150 millones de dólares, ofrecido por el Banco para la reestructuración industrial”.<sup>105</sup>

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional fueron las entidades financieras encargadas de poner en práctica las diez recomendaciones emanadas en 1989 del llamado ‘Consenso de Washington’, de creación del profesor John Williamson, las cuales se pueden sintetizar así: “1) disciplina fiscal, 2) recorte del gasto público; 3) incremento de la base tributaria; 4) liberalización de las tasas de interés; 5) libre flotación del tipo de cambio; 6) liberalización del comercio internacional (eliminación de aranceles y contingentes); 7) liberalización de la inversión extranjera directa; 8) privatización de empresas públicas; 9) desregulación, y 10) garantías de seguridad legal para los derechos de propiedad industrial”.<sup>106</sup>

Samuel Sosa Fuentes ha señalado que:

“El llamado Consenso de Washington significó un sistema oficial y doctrinal que sirvió para recordar que las instituciones económico-financieras globales rectoras del orden económico mundial no son agentes independientes preocupados por bienestar común de la humanidad, sino reflejo de la distribución e interés del poder político-económico internacional, en donde, (...) los principales arquitectos del neoliberal Consenso de Washington son los señores de la economía privada, sobre todo las inmensas corporaciones que controlan la mayor parte de la economía internacional y tienen los medios para moldear la política, así como para estructurar las ideas y opiniones”.<sup>107</sup>

Colombia acogió al pie de letra estas recomendaciones, a fin de mantenerse bajo el ala financiera de BM y del FMI, políticas estas que de ninguna manera favorecieron el crecimiento económico del país, y que, por el contrario, empobrecieron a la clase

---

<sup>105</sup> BOCANEGRA ACOSTA, Henry. Neoliberalismo y Constitución Política de 1991, Bogotá, Universidad Libre, 2001, p. 31

<sup>106</sup> BERUMEN, Sergio A., Evaluación de las reformas del Consenso de Washington en Brasil y México, Comercio Exterior, Vol 59, núm. 9. Septiembre de 2009, p. 704. EN: [http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/130/3/704\\_Berumen.pdf](http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/130/3/704_Berumen.pdf)

<sup>107</sup> SOSA FUENTES, Manuel. Otro mundo es posible: Crítica del pensamiento neoliberal y su visión universalista y lineal de las relaciones internacionales y el sistema mundial. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, p. 68. EN: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/32516/29870>

trabajadora a la vez que empoderaron los grandes capitales, lo cual vino a beneficiar la privatización y mercantilización de la salud.

Al respecto, Abdón Espinosa Valderrama, exministro de Hacienda del gobierno Lleras Restrepo, en su columna del 5 de mayo de 1998 titulada “Balance Neoliberal en Rojo”, expresa lo siguiente: “Tantas loas como se cantaron en sus comienzos al famoso ‘Consenso de Washington’, en el cual se les trazó, a raíz de la crisis de la deuda, el camino de redención a los pueblos en desarrollo del Hemisferio, han sido reemplazadas por mucho desencanto y crujir de dientes. [...] A poco andar, se descubrirá su saldo negativo, contablemente en rojo, por cuanto se refiere al empleo, la producción, la inflación y la distribución del ingreso”.<sup>108</sup>

Un hecho relevante del gobierno Barco Vargas es la expedición de la ley 10 de 1990 por la cual “se reorganiza el Sistema Nacional de Salud”. Esta Ley, como lo sostiene Quevedo Vélez, formó parte de la estrategia de descentralización administrativa, cuya tendencia era la de minimizar el Estado central, como lo proponía el Banco Mundial, conforme al modelo neoliberal.<sup>109</sup> Esta ley será analizada a profundidad en el numeral 1.5 de la presente investigación.

Complementa Barco Vargas el Plan en Salud mediante la descentralización de los servicios, la participación comunitaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria, para lo cual se hace indispensable modernizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.<sup>110</sup>

#### **2.4.6. Administración de César Augusto Gaviria Trujillo.**

El Plan de Nacional de Desarrollo presentado por el presidente César Gaviria Trujillo (1990-1994), denominado “La Revolución Pacífica”<sup>111</sup> inserta nuevamente en el capítulo de Políticas Sociales lo relativo a la salud y nutrición, conservando para su ejecución los proyectos de gobiernos anteriores para dar continuidad a los programas

<sup>108</sup> ESPINOSA VALDERRAMA, Abdón, Balance neoliberal en rojo. Diario EL TIEMPO, Bogotá, 5 de mayo de 1998, p. 5A

<sup>109</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I., Op. Cit., p. 260

<sup>110</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Plan de Economía Social, 1986-1990, Op. Cit., p24.

<sup>111</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. La Revolución Pacífica, 1990-1994, p. 10. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antteriores.aspx>

relativos a la salud, teniendo en cuenta que su puesta en marcha debe estructurarse con los programas del área económica.

Propone en el Plan Nacional de Desarrollo la descentralización de los servicios de salud, con fundamento en la ley 10 de 1990, delegando en los departamentos y municipios tanto la prestación de dichos servicios como la ejecución de las campañas directas para el control de enfermedades tropicales, todo lo cual estará soportado en una redistribución del presupuesto nacional hacia el sector salud.<sup>112</sup>

Llama la atención que, dentro del Plan Gaviria, “se diseñará y pondrá en operación, un sistema de medicina prepagada por medio del cual se establezcan subsidios a la demanda que favorezcan a la población de menores ingresos. Estos subsidios serán complementarios a la cotización que hará el usuario. [...] El modelo busca cambiar el subsidio a la oferta por subsidios a la demanda”<sup>113</sup>

Al decir de Bocanegra Acosta, “Lo novedoso, lo que caracterizó la reforma Gaviria, fue su intento muy acusado por primera vez en nuestra historia de barrer de golpe las más importantes garantías laborales y de reunir en un solo proyecto cuanta propuesta regresiva se haya lanzado en el pasado, para desmontarlas como lo sugirió la banca internacional desde 1989”.<sup>114</sup> Y añade: “La reforma política y constitucional de 1991, impulsada y consumada en los gobiernos de Virgilio Barco y César Gaviria, constituyen el instrumento más importante de la adecuación de las instituciones político-jurídicas y socio-económicas al modelo neoliberal”.<sup>115</sup>

Conforme lo expresado por Víctor de Currea-Lugo, el modelo de salud chileno, se trasladó a los países de América Latina, disminuyendo su postura extrema, pero perfilando una amalgama entre el discurso neoliberal y las políticas proteccionistas, y entre la prestación del servicio por parte de los particulares y por el propio Estado.<sup>116</sup> Y sostiene que: “La causa real de los nuevos modelos no era la búsqueda de la salud sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto mercadeable. [...] Modelo que, retomado con la respectiva corrección de sus errores y vigilado muy de cerca por la banca internacional, dio a luz en el caso colombiano al

---

<sup>112</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación, *La Revolución Pacífica, 1990-1994*, Op. Cit., ps. 10-12

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 3

<sup>114</sup> BOCANEGRA ACOSTA, Henry, Op. Cit., p.32

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 33

<sup>116</sup> CURREA DE LUGO, Víctor. *La salud: De la caridad al negocio sin pasar por el derecho*. EN: *La salud está grave: Una visión desde los derechos humanos*, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2000, p 214

Sistema General de Seguridad Social en Salud, en 1993, que ahora se ofrece como alternativa y como paradigma a otros países de la región”.<sup>117</sup>

El nuevo sistema económico de Gaviria Trujillo, marcadamente neoliberal, propende por una reducción de las responsabilidades sociales del Estado, y por una libertad absoluta de los mercados, dentro de los cuales se presenta como muy atractivo, el de la salud. La intervención del Estado en la economía queda doblegada frente a la libertad económica, abriéndose paso la implantación de un sistema de salud que comprende el modelo de Bismarck y los principios de la Escuela de Chicago, desarrollados en Chile bajo la dictadura de Pinochet durante las décadas de los 70 y los 80.

#### **2.4.7. Administración de Ernesto Samper Pizano.**

La administración presidida por Ernesto Samper Pizano (1994-1998) presentó el Plan Nacional de Desarrollo denominado “El Salto Social”<sup>118</sup>, dando especial importancia a la seguridad social integral, eficiente, universal y solidaria, como un instrumento para garantizar la integración y mejorar la equidad. Propone la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, el fortalecimiento económico del sector, especialmente en las entidades territoriales, y la promoción y prevención como mecanismos para mejorar la calidad de estos servicios, desde la órbita de la medicina preventiva y curativa. Contó el gobierno Samper para esbozar su Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud, con las estipulaciones de las leyes 10 de 1990 y 60 y 100 de 1993, lo cual se ve reflejado en todo el documento.

Bajo un modelo profundamente neoliberal, que en el fondo es la continuidad de los programas neoliberales de Barco Vargas y Gaviria Trujillo, Ernesto Samper Pizano amplió el compás de las privatizaciones, y al decir de José Antonio Ocampo Gaviria, sectores como las vías férreas, aeropuertos, infraestructura vial, telecomunicaciones, eléctrico y de hidrocarburos, fueron impactados con una amplia participación del sector privado.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> CURREA DE LUGO, Víctor, Op. Cit., p. 214

<sup>118</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. El Salto Social, 1994-1998, ps. 17 a 22.  
EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-antteriores.aspx>

<sup>119</sup> OCAMPO GAVIRIA, José Antonio. Historia Económica de Colombia, Bogotá, Biblioteca Familiar Presidencia de la República, 1997, ps. 513 a 515.

Finalizando el mandato del presidente Samper Pizano, luego de superar la crisis política registrada por la infiltración de dineros del narcotráfico a su campaña electoral, Abdón Espinosa Valderrama comenta que: “Lo cierto es que el desarrollo no avanza, ni la producción nacional se sostiene, ni la tendencia al desempleo se revierte, ni la inflación cae. Ante tan triste saldo en rojo, ¿no es para meditar en relación con la aptitud o la ineptitud de la estrategia aplicada desde cuando se pusieron en práctica la apertura y sus adehalas neoliberales?”.<sup>120</sup>

La administración Samper Pizano terminó dejando al país en una profunda crisis social, económica y política, la cual es aprovechada por Andrés Pastrana como argumento central para ganar las elecciones en mayo de 1998, junto con la promesa de alcanzar un acuerdo de paz con la guerrilla de las FARC, que venía azotando el campo y las ciudades colombianas. Aquí es importante reseñar la síntesis que efectúa Torres del Río, respecto de lo que Quevedo Vélez llama, de manera atinada, “un país descuadrado”.<sup>121</sup> “El cuatrienio 1994-1998 fue intenso desde todo punto de vista. La crisis política afectó al conjunto de los partidos políticos, el Congreso, de los gremios, de las comunidades, de las Fuerzas Militares, de la justicia y de la Iglesia católica, y perturbó las relaciones entre todos”.<sup>122</sup> Según Torres del Río, esta crisis adicionalmente frenó el desarrollo de los distintos programas sociales, perturbó la presencia del país en el plano internacional y menoscabó la credibilidad institucional.<sup>123</sup>

#### **2.4.8. Administración de Andrés Pastrana Arango.**

El Plan Nacional de Desarrollo del presidente Andrés Pastrana Arango (1998-2002) denominado “Cambio para Construir la Paz” es, al decir de Henry Bocanegra, “una reedición de las Cuatro Estrategias de su padre, pero en lugar de cuatro se implementan seis. [...] en su afán por consolidar la privatización [...] consiguió del Congreso facultades extraordinarias amplias para reestructurar todas las entidades del Estado con más prerrogativas y libertades que las que la Constituyente le otorgó a Gaviria”.<sup>124</sup>

<sup>120</sup> ESPINOSA VALDERRAMA, Abdón. Op. Cit. P 5A.

<sup>121</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Op. Cit., Tomo I, p 370

<sup>122</sup> TORRES DEL RÍO, César. Colombia siglo XX. Desde la guerra de los Mil Días hasta la elección de Álvaro Uribe. Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, El renacer de una ilusión, tomo I. Op. Cit., p 370

<sup>123</sup> Ibid, p 370

<sup>124</sup> BOCANEGRA ACOSTA, Henry, Op. Cit., p. 34

Ante estas circunstancias, Andrés Pastrana se vio forzado a aceptar las imposiciones del Fondo Monetario Internacional, so pena de restringir para Colombia los créditos que periódicamente venía solicitando para el cubrimiento de la deuda externa y para la ejecución de los proyectos a través de los cuales se pretendía recuperar la economía nacional.<sup>125</sup>

Dichas exigencias comprendían, según lo analiza Henry Bocanegra, alzas significativas en las tarifas de los servicios públicos y en los precios del petróleo y la gasolina, mayores impuestos, rebaja de salarios, incremento del salario mínimo con base en la inflación proyectada y reducción de la carga prestacional a favor de los empleadores. Igualmente, la economía debe disminuir el gasto en desarrollo social, disminuir la burocracia, suspender los subsidios y restringir el apoyo a la producción nacional.<sup>126</sup>

El Plan Cambio para construir la paz,<sup>127</sup> tuvo como pilares en el área social lo relacionado con educación y salud, ajustado a los lineamientos de la ley 100 de 1993, propendiendo, como todos sus antecesores, por el mejoramiento de la prestación de dichos servicios, e innovando al incluir la corrección de “las inequidades, la ineficiencia y la falta de solidaridad y cobertura que persisten en el sistema. Para lograr lo anterior se requiere garantizar la estabilidad financiera del sistema, lo que implica modificar y hacer más eficiente la asignación y manejo de los recursos, y resolver los problemas estructurales y administrativos de las instituciones”. como una de las políticas del sector salud”.<sup>128</sup>

La propuesta se presenta atractiva a los ojos de la nación, pero encierra el sometimiento, como ya se ha dicho, a las exigencias del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, enderezadas a privatizar los servicios de salud y a ir eliminando lentamente las prerrogativas de los trabajadores asalariados. Al respecto, Mario Hernández sostiene que: “Más que construir un nuevo sistema de salud, predomina la idea de profundizar en la ejecución del modelo definido en la ley 100 de 1993. Esto es, que el mercado distribuya y que el Estado trate de regular y de incorporar a los que no puedan pagar por sí solos su seguro. De esta forma, se avanza

---

<sup>125</sup> BOCANEGRA ACOSTA, Henry, Op. Cit., ps 63 y 64

<sup>126</sup> Ibid., p. 64

<sup>127</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Cambio para Construir la Paz, 1998 – 2002, p. 275 EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

<sup>128</sup> Ibid, p. 275

en Colombia hacia la consolidación de derechos contractuales, individuales y poco solidarios, como el máximo desarrollo de nuestro sistema político para resolver los problemas de salud”.<sup>129</sup>

El Plan “Cambio para Construir la Paz” incorporó separadamente el área de Salud Pública, la cual comprende el plan de atención básica y el plan obligatorio de salud, indicando que “se requiere orientar el quehacer del sector hacia la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y las prioridades de los servicios de atención y rehabilitación que impacten la carga de la enfermedad y minimicen el daño individual y colectivo”.<sup>130</sup>

#### **2.4.9. Administraciones de Álvaro Uribe Vélez.**

Los Planes Nacionales de Desarrollo presentados por Álvaro Uribe Vélez, “Hacia un Estado Comunitario” (2002-2006)<sup>131</sup> y “Un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos (2006-2010)”<sup>132</sup> proyecta continuar con el sistema general de seguridad social en salud creado por la ley 100 de 1993, fortaleciendo especialmente el área de la salud mediante el aumento de la cobertura y aseguramiento, sin perder de vista la distribución de las competencias en las diferentes entidades territoriales.

El Plan Nacional de Desarrollo fue estructurado por Uribe Vélez bajo cuatro objetivos fundamentales, claramente definidos en él, a saber: 1. Brindar seguridad democrática. 2. Crecimiento económico sostenible y generación de empleo; 3. Construir equidad social y 4. Incrementar la transparencia y eficiencia del Estado.<sup>133</sup> Enfatiza este Plan en las propuestas de gobiernos anteriores respecto de transformar los subsidios a la oferta de los servicios de salud a subsidios a la demanda, permitiendo con ello una mayor cobertura por parte de los hospitales públicos, y propone que: “con el fin de mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población, se formulará e implementará una política de prestación de servicios que enfatice

<sup>129</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2000, Op. Cit., p. 152.

<sup>130</sup> Departamento Nacional de Planeación, Cambio para Construir la Paz, p.275.

<sup>131</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Hacia un Estado Comunitario, 2002-2006, ps. 202 a 204. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

<sup>132</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. 2006-2010, ps., 15 a 19. EN: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

<sup>133</sup> Ibid, p 19

mayor nivel de calidad y capacidad resolutive en el nivel de menor complejidad, y se implementarán mecanismos que integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública”.<sup>134</sup>

Este primer gobierno, de corte netamente neoliberal, aplicó, según afirmación de Estrada Álvarez, “lo establecido en el acuerdo Stand By<sup>135</sup> de diciembre de 2002 y, en mayo de ese año, estableció un nuevo acuerdo con el FMI, donde otorga control de la política macroeconómica hasta fines de 2006.<sup>136</sup> Asegura Tejedor Estupiñán, que “Obedeciendo a lo acordado con el FMI, Uribe impulsó la reforma laboral y la reforma al régimen de pensiones. La flexibilización del mercado de trabajo se inició con la reforma laboral (ley 789 de 2002). Esta reforma declaraba reducir los costos laborales prolongando la jornada de trabajo, disminuyendo así los derechos de los trabajadores a tener un salario digno y en condiciones dignas”.<sup>137</sup>

Dentro de los acuerdos celebrados por Uribe con el Fondo Monetario Internacional, estaba “reducir los recursos de asignaciones específicas del presupuesto, consideradas en el modelo neoliberal como ineficientes, desfinanciando sectores importantes como: el sector de la seguridad social, la salud y la educación”.<sup>138</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo de Uribe Vélez buscó igualar por lo bajo a la población pobre del país, de una parte, manteniendo los salarios bajos y recortando las prestaciones sociales (supresión del pago de horas extras y trabajo dominical, aumento de la edad para pensión y del monto de las cotizaciones) y de otra, otorgando pequeños subsidios que le permitían a dicha población una precaria subsistencia, pero que la impulsaba a alejarse del mercado laboral, contrastando con este panorama la reducción de impuestos a los grandes patrimonios y el otorgamiento de voluminosos subsidios a los grandes empresarios del sector agropecuario, tales como el denominado Agro Ingreso Seguro.

---

<sup>134</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. 2006-2010, Op. Cit., 201

<sup>135</sup> El acuerdo Stand By, también conocido como Derecho de Giro, es un instrumento crediticio creado en 1952 por el Fondo Monetario Internacional, para otorgar préstamos a los países de mercados emergentes más avanzados.

<sup>136</sup> ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. p. 61. EN: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101019091830/9Alvarez.pdf>

<sup>137</sup> TEJEDOR ESTUPIÑÁN, Juan Miguel. El modelo económico y su relación con los derechos humanos en Colombia. Una Aproximación. Bogotá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2012, Op. Cit., p. 61

<sup>138</sup> ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia, citado por TEJEDOR ESTUPIÑÁN, Juan Miguel, Op. Cit. P. 62

Víctor Hugo Peña Salinas resume el Plan de Desarrollo del gobierno Uribe resaltando, a su parecer, las siguientes falencias:

“a) falta un compromiso sobre la construcción colectiva de Nación y de lucha frontal contra la exclusión, la desigualdad y la pobreza, violación de derechos humanos, destrucción del medioambiente y de búsqueda de una economía sustentable y sostenible; b) en ningún momento se compromete con reformas que permitan la distribución del ingreso, de los bienes, de los servicios, de los recursos y de la riqueza. c) se dirige más hacia la privatización de los servicios sociales del Estado; el mercado pasa a ser el regulador de los servicios sociales; d) su prioridad es el ajuste fiscal y la seguridad, pero dejando de lado las otras seguridades (económica, alimentaría, ambiental, política, etc.); e) su política social es reducida (salud y educación), quitándole derechos a los trabajadores y estableciendo la lucha entre pobres; la revolución educativa que se propone, antes que ser de calidad es de cantidad”.<sup>139</sup>

No puede olvidarse que, en 1992, el entonces Senador Uribe Vélez, impulsó, bajo un modelo netamente neoliberal, el Proyecto de Ley que habría de convertirse en la ley 100 de 1993, la cual concentró gran parte de los costos de su prestación en cabeza de los trabajadores, o de los afiliados que no tienen tal calidad, y facilitó el predominio de las empresas privadas en el mercado de la seguridad social, tanto en pensiones como en riesgos laborales y en salud.<sup>140</sup>

Juan Manuel López Caballero, columnista de la Revista Semana, en 2010 evalúa los dos periodos de gobierno de Uribe Vélez, y reseña lo siguiente:

“Estamos ante un modelo que define perdedores y ganadores y con prelación clara: competencia vs. solidaridad [...]; crecimiento vs. distribución; desarrollo económico vs. desarrollo social y político. [...] Es de destacar que ningún grupo de vulnerables o excluidos tiene cabida o influencia en ese modelo (ni sindicatos, ni campesinos, ni minorías, etc.) y que tampoco cuentan los partidos políticos que suponen coordinar a quienes no tienen suficiente poder para representarse a sí mismos [...]. Cambiamos la función del Estado responsable del bienestar de los ciudadanos y de la armonía entre los asociados por un Estado promotor del darwinismo

<sup>139</sup> PEÑA SALINAS, Víctor Hugo. La política comunitaria de Uribe Vélez. Revista Derecho y Realidad No. 7, 2006, p. 148. EN: <file:///C:/Users/57300/Downloads/derechoyrealidad,+6+la+politica+comunitaria.pdf>

<sup>140</sup> CARMONA, Luz Dary y Cols. La desprotección social se profundiza, Bogotá, Ediciones Antropos, 2003, ps. 61 a 67. EN: <https://pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/Colombia/evaluaciones/primeranoUribe.pdf>

social, al servicio de la consolidación de los factores de poder y no de la democratización y redistribución de ellos. [...]

En lo social, un modelo de desarrollo supone propender por que se cierre la brecha entre los pobres y los ricos de una misma sociedad; [...] bajo el mandato de la 'seguridad democrática' la política ha sido la de agrandar la brecha: siguiendo la premisa de que los ricos son los que producen la riqueza se ha volcado el Estado en su favor mientras se anestesia con limosnas a los desfavorecidos".<sup>141</sup>

La lectura de los distintos Planes de Desarrollo inserta al lector en un panorama de grandes expectativas, pero desafortunadamente muchos de los propósitos allí consignados se convierten en letra muerta, al no ser llevados a la práctica debido a los altos niveles de corrupción que desvían los recursos hacia las arcas de los particulares, despojando a los sectores marginados de soluciones radicales en materia de seguridad social integral.

En síntesis, se puede afirmar que Colombia, a partir de 1960, ha tenido una organización estatal orientada por los distintos Planes de Desarrollo Económico, que comprenden todos los ámbitos de la esfera estatal, lo que ha dado pie a mantener una continuidad en las políticas económicas y sociales, sin importar el cambio de partido de gobierno, tal como se vio a través del análisis efectuado. No se puede desconocer, sin embargo, que la tendencia generalizada dentro de los Planes de Desarrollo elaborados a partir de 1986, es de una marcada y creciente orientación neoliberal, rompiendo de tajo los principios intervencionistas moldeados en la reforma constitucional de 1936.

## **2.5. LEY 10 DE 1990 -SISTEMA NACIONAL DE SALUD-**

La norma que precedió a la ley 10 de 1990 fue la ley 9 de 1973, la cual otorgó facultades al presidente de la República Misael Pastrana Borrero, para reorganizar el Sistema Nacional de Salud, disperso hasta ese momento en tres sectores: el oficial o de asistencia pública, el de la seguridad social y el privado. Dicho Sistema fue definido como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”,<sup>142</sup> razón por la cual todas las entidades prestadoras de salud quedaban vinculadas al Sistema Nacional de Salud.

<sup>141</sup> LÓPEZ CABALLERO, Juan Manuel. Uribe, un caballo de Troya. Revista Semana. 21 de enero de 2010, Opinión. EN: <https://www.semana.com/uribe-caballo-troya/89806/>

<sup>142</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 9ª de 1973, Diario Oficial 33877 del 28 de junio de 1973, Bogotá, Imprenta Nacional, 1973., p 929.

En este modelo, el sector oficial prestaba sus servicios a todos los servidores públicos, el Seguro Social atendía los asuntos médicos de los trabajadores particulares y oficiales, y el sector privado aparecía, como lo sostiene Mario Hernández,<sup>143</sup> como un sector complementario para capas medias y altas.

Más adelante, a finales de la administración Virgilio Barco Vargas, y en cumplimiento del programa de salud incorporado en su Plan Nacional de Desarrollo, se expidió la ley 10 de 1990 mediante la cual se volvió a reorganizar el Sistema Nacional de Salud. En dicha norma se dispuso lo siguiente: “La prestación de los Servicios de Salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas [...]”.<sup>144</sup>

Como se afirmó anteriormente, la administración Barco Vargas se sometió, de manera estricta, a los lineamientos del Banco Mundial, lo que dio lugar a que dicha entidad financiera un estudio sobre el desempeño del sector salud, el cual se adelantó a partir del 1 de mayo de 1988, bajo la dirección de Francisco Yépez Lujan. Afirmaba entonces el entonces ministro de salud Eduardo Díaz Uribe, que “Dicho estudio proveyó los datos y la información que fueron luego utilizados por el gobierno desde sus versiones iniciales como elementos centrales de juicio para la ley 10 de 1990”.<sup>145</sup>

Así lo refería Yépez Luján en su momento:

“Importantes recomendaciones hechas por el Estudio fueron incorporadas y hoy son parte de la ley. Esta forma parte del mismo marco teórico adoptado por el Estudio Sectorial e incorpora recomendaciones como las de la definición de la salud como un servicio público, el cambio de la base de cálculo del situado fiscal, de los ingresos ordinarios a los ingresos corrientes y la eliminación de la destinación específica para los dineros de salud. Igualmente, la ley establece mecanismos financieros para empezar a corregir el desbalance entre los servicios curativos y preventivos que el Estudio identifica como desequilibrio epidemiológico-administrativo y busca responder a la falta de resolutividad de los servicios básicos y a la ineficiente

<sup>143</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario, El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana, Op. Cit., p. 16

<sup>144</sup> República de Colombia, Ley 10 de 1990. Diario Oficial No. 39137 de 1990, Bogotá, Imprenta Nacional, 1990, p. 1.

<sup>145</sup> DÍAZ URIBE, Eduardo y FLOREZ ENCISO, Luis Bernardo, citados por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit., p. 257

administración al establecer medidas para el desarrollo del sistema de gestión”.<sup>146</sup>

La ley 10 de 1990 dispuso en sus artículos 1 y 2 la intervención del Estado en el servicio público de salud, y la obligación de todas las instituciones o entidades a cargo de los servicios de salud, de prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios. Aquí podría decirse que la norma citada tiene como propósito fortalecer dichos servicios, estipulándole una serie de características tales como la gratuidad, la participación comunitaria, los niveles de atención, la reglamentación de todos los procedimientos tanto clínicos como administrativos y presupuestales y, sobre todo, por tratarse de un derecho fundamental, la universalidad del servicio por fuera de consideraciones socioeconómicas de los usuarios.

Conforme al literal k. del artículo 1 de la ley 10 de 1990, las empresas dedicadas al servicio de medicina prepagada quedaron insertas dentro del Sistema Nacional de Salud, pudiendo intervenir en su organización y funcionamiento, conforme a los mandatos de los artículos 16, 19 y 32 de la Constitución Política de 1886.

En este punto es importante referir lo expresado por Quevedo Vélez, en una aclaración de nota, cuando afirma que: “La propuesta de esa Ley 10 fue realizada por Eduardo Díaz Uribe y Camilo González Posso (quien después fue miembro de la Alianza M-19), sin tener en cuenta las críticas que al modelo neoliberal se le habían hecho desde el análisis Socio-Histórico de la Salud en Colombia que se habían expuesto en el primer capítulo del Estudio”.<sup>147</sup> Y añade: “Esta fue, en efecto, la puerta de entrada para sentar las bases para las reformas neoliberales del sector de la salud, que se implementaron después, durante el siguiente gobierno, el de César Gaviria Trujillo. Pero, al igual de lo que había ocurrido con la Declaración de Alma-Ata<sup>148</sup>, esta Ley estaba montada a caballo, con una pierna apoyada en el estribo de la prevención primaria de corte desarrollista y, con la otra, puesta en el estribo de los estilos de vida saludables y de la salud comunitaria, sistematizados en el documento de Lalonde y la Carta de Ottawa, de clara orientación neoliberal”.<sup>149</sup>

<sup>146</sup> YEPES LUJAN, Francisco José, El estudio sectorial de salud y la ley 10 de 1990. EN: La salud en Colombia, Análisis Sociohistórico, Bogotá, Ministerio de Salud- Departamento Nacional de Planeación-, 1990, p. 8

<sup>147</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit., p.260

<sup>148</sup> La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) fue celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la antigua URSS, ciudad de Alma-Ata.

<sup>149</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Op. Cit., ps. 260 y 261

### **3. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE DE 1991**

#### **3.1. ANTECEDENTES SOCIALES, JURÍDICOS, POLÍTICOS Y CONSTITUCIONALES DE LA CONSTITUYENTE DE 1991.**

En la década de los ochenta, la nación colombiana fue víctima de diferentes factores de violencia; de una parte, el auge del narcotráfico expresado en los carteles de la droga, las fuerzas subversivas expresadas en movimientos guerrilleros de marcado corte comunista, y la corrupción y, de otra, la implementación de políticas neoliberales que socavaron la economía nacional con la apertura de los mercados, la privatización de las empresas estatales y la reducción de las garantías económicas, sociales y prestacionales de los trabajadores de los sectores público y privado.<sup>150</sup>

El fenómeno del narcotráfico en Colombia construyó una especie de economía paralela a la oficial que dio pie a la incorporación de miles de personas al proceso de cultivo de la hoja de coca, y a su posterior procesamiento para invadir los mercados del mundo. Los miles de millones de dólares que acumularon los grandes jefes de los carteles del narcotráfico los fortaleció, hasta el punto que influyeron en la vida legislativa y política del país.

Según Eduardo Sarmiento, “durante la década de los ochenta sucedieron hechos muy importantes asociados con las ofensivas de los narcotraficantes”.<sup>151</sup> Vale la pena destacar los asesinatos del ministro de Justicia Rodrigo Lara Bonilla, de Guillermo Cano Isaza, director de El Espectador, del Procurador General de la Nación Carlos Mauro Hoyos y del candidato presidencial Luis Carlos Galán Sarmiento, hechos sucedidos entre los años 1984 y 1989.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> MELO, Jorge Orlando. Historia mínima de Colombia, Bogotá, Turner Publicaciones, 2018, Op. Cit., ps. 265 a 268

<sup>151</sup> SARMIENTO PALACIO, Eduardo. Economía del narcotráfico, Revista Desarrollo y Sociedad, Universidad de los Andes, p. 23. EN: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.13043/dys.26.1>

<sup>152</sup> SARMIENTO PALACIO, Eduardo, Op. Cit., ps. 23 y 24

Estos asesinatos, y otros más a manos de los narcotraficantes, incentivaron a la administración Barco Vargas para tramitar la extradición de los cabecillas de los carteles, hecho que suscitó una respuesta inmediata del autodenominado grupo Los Extraditables, dando a conocer su proyecto de guerra total, que desencadenó una ola de atentados terroristas contra las instalaciones públicas y de empresas privadas, y posteriores asesinatos de líderes políticos, periodistas e integrantes de la rama judicial. Las actuaciones terroristas de los narcotraficantes desestabilizaron toda la vida institucional y social del país, y generaron un descontento popular, por los altos niveles de inseguridad, tanto en los campos como en las grandes ciudades.<sup>153</sup>

Otro fenómeno que coadyuvó al desconcierto y descontento popular de la década de los ochenta, fue el auge de las guerrillas del ELN, el EPL, las FARC y el M19, que alimentaron sus finanzas a través del narcotráfico, el secuestro y la extorsión, y que atentaron contra poblaciones enteras de la periferia nacional y contra toda la infraestructura petrolera del país, ocasionando grandes pérdidas económicas que afectaron los presupuestos de las empresas privadas y del Estado colombiano.<sup>154</sup>

De los diferentes grupos guerrilleros, el de mayor connotación política fue el Movimiento 19 de Abril (M-19), que no obstante haber participado en actuaciones de carácter delincuenciales, tomaron resonancia internacional por la toma de la Embajada de la República Dominicana, en 1980,<sup>155</sup> y del Palacio de Justicia, en 1985,<sup>156</sup>, esta última, con unas consecuencias desastrosas para la historia del país.

Según Melo, “en noviembre de 1985, tal vez con apoyo de narcotraficantes interesados en frenar los procesos de extradición que estudiaba la Corte Suprema, el M-19 atacó el Palacio de Justicia con la intención expresa de someter al presidente a un juicio público. El gobierno no cedió y envió al ejército a recuperar el edificio y liberar a los rehenes lo que hizo en una operación de absurda violencia. [...] Al cabo de dos días de bombas e incendios, doce magistrados de la Corte Suprema y cinco del Consejo de Estado habían muerto -muchos tal vez por la intervención militar-, así

---

<sup>153</sup> MELO, Jorge Orlando, Op. Cit., ps. 265 a 267

<sup>154</sup> Ibid., ps. 251 a 255

<sup>155</sup> Diario El Tiempo. 40 años de la toma de la embajada de República Dominicana, 25 de febrero de 2020. EN: <https://www.eltiempo.com/politica/toma-de-la-embajada-de-republica-dominicana-asi-ocurrio-el-secuestro-hecho-por-el-m19-466528>

<sup>156</sup> SEÑAL MEMORIA. Toma del Palacio de Justicia, 35 años de un trágico suceso, Viernes 6 de noviembre de 2020. EN: <https://www.senalmemoria.co/toma-palacio-justicia>

como unos treinta guerrilleros atacantes. En total habían muerto casi cien personas, entre ellos once soldados y unos 35 funcionarios”.<sup>157</sup>

La década de los 80 conjugó, como ya se anotó, factores de guerrilla y narcotráfico que, de una y otra parte, intentaron negociar su desmovilización y finalización de actividades, a cambio de amnistía política o de impunidad total. Tanto el gobierno de Betancur Cuartas, como el de Barco Vargas, propiciaron insulares e infructuosas negociaciones con todos y cada uno de los movimientos guerrilleros y con el narcotráfico.<sup>158</sup>

No obstante, el 9 de marzo de 1990, al final del gobierno de Barco, se firmó el primer acuerdo de paz entre la guerrilla M-19 y el Estado colombiano, dado que este movimiento había aceptado que la vía armada no era la solución para los problemas que vivía el país, tomando la decisión de entregar las armas e incorporarse a la vida nacional como un movimiento político, actitud que fue ampliamente respaldada por el pueblo colombiano al darle asiento dentro de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, alcanzando 19 Constituyentes de un total de 70.<sup>159</sup>

En la década de los 80, Colombia había comido del plato del neoliberalismo, incorporando en su economía las políticas de esta corriente económica. Como lo afirma Velásquez Forero, “Las creencias acerca de la libertad, la igualdad, la racionalidad económica, la competencia, los nuevos agentes, la energía individual, la transferencia tecnológica, la participación social, [...], no fueron más que alegorías para vender una idea a partir de los intereses de la banca mundial, las multinacionales, el mercado y los propósitos de acentuar la acumulación de capital en territorios con altos potenciales de suministros de materias primas”.<sup>160</sup>

Las ideas neoliberales, trasplantadas desde Washington de manera tímida por López Michelsen en 1975, y entronizadas con fuerza a finales del gobierno de Barco Vargas por su entonces ministro de Hacienda, César Gaviria, dieron pie a la popularización de un discurso de globalización que, al decir de Velásquez, imponía la eliminación de las fronteras entre los diferentes países, la universalización de la cultura y la apertura de los mercados.<sup>161</sup>

---

<sup>157</sup> MELO, Jorge Orlando, Op. Cit., p. 258

<sup>158</sup> MELO, Jorge Orlando, Op. Cit, ps. 258 y 259

<sup>159</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta de la Asamblea Nacional Constituyente No. 1, Bogotá, Imprenta Nacional, 1991, p.1

<sup>160</sup> VELÁSQUEZ FORERO, Augusto. Apología o falacia neoliberal. Popayán, Universidad del Cauca, junio 24 de 2005, Op. Cit., ps. 153 y 154

<sup>161</sup> VELASQUEZ FORERO, Augusto, Op. Cit., p 154

Las consecuencias derivadas de la entronización del neoliberalismo en Colombia, tales como: “el deterioro de las condiciones de vida de los obreros, campesinos y la clase media; la privatización a ultranza y la generación de fuertes polos de miseria entre la población”,<sup>162</sup> agudizaron la desigualdad social entre pobres y ricos, en tanto que los grandes empresarios acumulaban más riqueza, todo lo cual profundizó el descontento general de la población, ya agobiada por el narcotráfico y la violencia guerrillera.

Como lo consigna Melo, “El gobierno de Virgilio Barco (1986,1990) recibió desde el comienzo duros golpes de los narcotraficantes. En 1986 mataron al director asistente del diario Occidente, Raúl Echavarría, y asesinaron al respetado director de El Espectador, Guillermo Cano, cinco días después de que la Corte suspendiera el tratado de extradición por razones formales. Barco respondió con una guerra total contra el narcotráfico”.<sup>163</sup>

Y, señala Melo, además, que pese a la posición fuerte adoptada por el gobierno nacional a raíz de estos hechos, en 1988 se inclinó por volver a la mesa de negociaciones con la guerrilla del M-19, que optó por liberar al dirigente político conservador Álvaro Gómez Hurtado, secuestrado por este grupo en el mes de mayo del mismo año.<sup>164</sup> “Esta negociación coincidió con los esfuerzos gubernamentales de promover una amplia reforma constitucional, que comenzaron en 1988 y fracasaron en varias ocasiones por decisiones judiciales o por la actitud del Congreso, que intentó incluir en sus cláusulas la prohibición de la extradición o someterla a un referendo popular, tal como pedían los narcotraficantes”.<sup>165</sup> Finalmente, esta reforma encontró asidero en 1991, previa convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente.

Andrés Dávila sostiene que, a la reincorporación a la vida civil del M-19, siguió la desmovilización de un sector del grupo guerrillero EPL (Ejército Popular de Liberación), del movimiento Quintín Lame y del PRT (Partido Revolucionario de los Trabajadores), manteniéndose en rebeldía las FARC y el ELN, “luego de fortalecerse económica y militarmente a lo largo de la década, gracias en buena parte a actividades poco relacionadas con la revolución social: extorsiones, secuestros, cobro de cuotas a

---

<sup>162</sup> Ibid, p. 154

<sup>163</sup> MELO, Jorge Orlando, Op. Cit., p.265-

<sup>164</sup> Ibid. ps. 266 y 267

<sup>165</sup> Ibid., p. 267

las empresas petroleras, cobro de cuotas a narcocultivadores y narcoprocesadores de la droga”.<sup>166</sup>

La confluencia de los grupos alzados en armas con la actividad ilícita del narcotráfico, no reflejó cuantitativamente una disminución del crecimiento de la economía nacional, debido a la penetración de los capitales del narcotráfico y al aumento de circulante en todos los sectores sociales; pero, paradójicamente, el campo colombiano se vio mayormente afectado merced a los desplazamientos forzados, cuya población tuvo que ocupar los lugares marginales en las ciudades, sufriendo el agro un notorio abandono, que junto con los daños a la infraestructura petrolera y eléctrica, obligaron al Estado colombiano a direccionar buena parte del presupuesto social al gasto militar.<sup>167</sup>

Según Carlos Mario Gómez, la escalada de violencia que se vivió en las décadas de los 80 y 90, “es simultánea con el aumento de la desigualdad económica. [...] En los últimos 20 años no sólo se ha acentuado la brecha entre ricos y pobres sino también entre los niveles de bienestar de las áreas urbanas y rurales; si en 1975 el ingreso medio de las familias urbanas era un 50 por ciento superior al de las familias rurales, veinte años después, en 1995, era tres y media veces superior”.<sup>168</sup>

El detonante de la crisis política de los años 80 fue el asesinato del candidato presidencial Luis Carlos Galán Sarmiento, desencadenando un sinnúmero de manifestaciones populares, especialmente la del 25 de agosto de 1989 que condujo a los estudiantes de Bogotá al cementerio central, lugar de sepulcro del líder asesinado, donde leyeron un comunicado en donde precisaban su rechazo a todo tipo de violencia, y exigían el respeto de los derechos humanos por parte de las diferentes fuerzas policiales y, especialmente de los grupos guerrilleros y del narcotráfico.<sup>169</sup>

El movimiento estudiantil lideró la conformación de mesas de trabajo en todas las universidades, tanto públicas como privadas, fenómeno que se multiplicó entre todos

<sup>166</sup> DAVILA LADRON DE GUEVARA, Andrés. Democracia pactada. El Frente Nacional y el proceso constituyente del 91. EN: <https://books.openedition.org/ifea/3976?lang=es>

<sup>167</sup> OTERO PRADA, Diego. Gastos de guerra en Colombia, Bogotá, Indepaz, 2016, ps 7 a 9. EN: <https://indepaz.org.co/wp-content/uploads/2018/09/Los-Gastos-de-la-Guerra.pdf>

<sup>168</sup> VÉLEZ, C. Leibovich y otros, citado por GÓMEZ, Carlos Mario, Economía, desigualdad y conflicto en Colombia, Universidad de Alcalá, 2000, p. 3. EN: <https://econ.web.uah.es/Ensayos/CMGViolenciaDesigColombia.PDF>

<sup>169</sup> QUINTERO RAMÍREZ, Oscar. Sociología e historia del movimiento estudiantil por la Asamblea Constituyente de 1991, Universidad Nacional de Colombia, 2002, p. 127. EN: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/11164/11830>

los partidos y movimientos políticos, sindicatos, juntas de acción comunal y agremiaciones de toda índole, hasta el punto que se registró un total de 1579 mesas de trabajo, las cuales produjeron aproximadamente 12.170 propuestas encaminadas a cesar la violencia y a reformar la Constitución Política de 1886.<sup>170</sup>

El culmen del movimiento estudiantil fue la propuesta de la “séptima papeleta” encaminada a convocar una Asamblea Nacional con miras a reformar la Constitución Política de 1886. Guillermo Perry sostiene que el movimiento estudiantil “pedía que se adicionara una papeleta de votación en las elecciones, en esa época conjunta para congresistas, alcaldes, diputados, concejales y miembros de las JAL [Juntas Administradoras Locales], preguntando si los ciudadanos querían convocar una Constituyente para que en un término de cinco meses hicieran la reforma a la justicia, la reforma del Congreso y la descentralización. Este movimiento fue apoyado con entusiasmo por el presidente Barco”.<sup>171</sup>

Para las elecciones, llevadas a cabo el 11 de marzo de 1990, los colombianos acudieron masivamente a respaldar, sobre todo, “la séptima papeleta”, pero en razón de que se levantaron voces que consideraban inconstitucional dicha votación por alterar el orden constitucional vigente, su escrutinio sólo se realizó de manera conjunta con la votación para presidente celebrada el 27 de mayo del mismo año, luego de recibir el aval de la Corte Suprema de Justicia, obteniendo, como lo refiere Perry, “tantos votos a favor como la votación sumada por todos los candidatos presidenciales”.<sup>172</sup>

El 22 de julio de 1990, una vez conocidos los resultados de la séptima papeleta, Cesar Gaviria Trujillo, Presidente electo de Colombia, envió a los dirigentes de los partidos Social Conservador (Álvaro Villegas Moreno), AD M-19 (Antonio Navarro Wolff) y Movimiento de Salvación Nacional (Álvaro Gómez Hurtado), un documento que plasmaba los temas, que a su consideración, debían ser discutidos al interior de la Comisión Preparatoria de la Asamblea Constitucional, destacándose el hecho de que el liderazgo del proceso debía estar en cabeza del Presidente de la República.<sup>173</sup>

Esta carta fue adicionada el 28 de julio y nuevamente enviada por el Presidente electo a los mismos destinatarios, pero aquí claramente precisaba el temario de la Asamblea

---

<sup>170</sup> BUENAHORA FEBRES-CORDERO, Jaime. El proceso constituyente. De la propuesta estudiantil a la quiebra del bipartidismo. Bogotá, Universidad Javeriana, 1991, Op. Cit., p. 75

<sup>171</sup> PERRY RUBIO, Guillermo. Decidí contarlo. Bogotá, Editorial Géminis, 2019, p 217.

<sup>172</sup> Ibid, p. 117

<sup>173</sup> BUENAHORA FEBRES-CORDERO, Jaime. Op. Cit., p. 181.

Constituyente, que sería el siguiente: “Congreso; Justicia y Ministerio Público; Administración Pública; Derechos Humanos; Partidos Políticos y Oposición; Régimen Departamental y Municipal; Mecanismos de Participación; Estado de Sitio; Temas Económicos; Control Fiscal”.<sup>174</sup>

Dos hechos son destacables respecto de las sendas misivas enviadas por Gaviria. Uno, el haber omitido como destinatario al Movimiento Unión Patriótica, sin explicación alguna, otro, el haber dirigido la misiva al Movimiento Obrero Independiente Revolucionario -MOIR-, el cual, a través de su secretario general, Francisco Mosquera, manifestó que no concurriría a dicha Comisión, especialmente por las siguientes consideraciones:

“El gobierno estará pronto autorizado a remover de la superestructura de la sociedad cuanto obstáculo se interponga a sus objetivos estratégicos, los cuales no son otros que las exigencias del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, en la actualidad circunscritas a la liberación de las economías de los países débiles y aceptadas por las clases dominantes de éstos para mayor gloria de los monopolios imperialistas, primordialmente los de Estados Unidos. [...] el régimen ya inició el ascenso de la empinada y peligrosa cuesta: libre importación de las mercaderías extranjeras; desmonte del control de cambios y dolarización de la economía; privatización de las empresas del Estado, como en los casos previstos de los puertos, las comunicaciones, la vivienda subsidiada y los seguros sociales; fin de todo apoyo a los empresarios de la ciudad y el campo; inversión indiscriminada de las firmas transnacionales en la actividad industrial y de los financistas de las metrópolis en el sector bancario; fenecimiento de los derechos sindicales y merma vertical de los ingresos de los trabajadores; alzas despiadadas en los precios, en los costos de los servicios públicos y en los impuestos indirectos, y pertinentes modificaciones a los preceptos y a los códigos, [...] Entre estas adecuaciones normativas se destacan, desde luego, las de origen constitucional”.<sup>175</sup>

La tarea ahora consistía en elegir a los 70 delegatarios o constituyentes encargados de llevar a cabo la reforma constitucional, para lo cual el Partido Liberal, el Partido Social Conservador, Partido Conservador, el Movimiento de Salvación Nacional, el Movimiento Alianza Democrática M-19, la Unión Cristiana, la Unión Patriótica y los Indígenas, presentaron sus listas a consideración del pueblo, distribuyéndose las

<sup>174</sup> BUENAHORA FEBRES-CORDERO, Jaime. Op. Cit., p 183

<sup>175</sup> EL TIEMPO. No participamos de la Constituyente, octubre 10 de 1990. Bogotá, Biblioteca Nacional, Hemeroteca, p, 2

mencionadas curules así: 19, para la AD M-19; 11 para el Movimiento de Salvación Nacional; 5 para el Partido Social Conservador; 2 para la Unión Cristiana; 2 para los Indígenas; 4 para los Conservadores independientes, 2 para la Unión Patriótica y 25 para el Partido Liberal.<sup>176</sup>

A pesar de que la convocatoria para la Asamblea Nacional Constituyente tenía, por gracia de la “papeleta”, una agenda limitada, los Constituyentes elegidos, con fundamento en las Sentencias de la Corte Suprema de Justicia, optaron por una reforma integral de la Constitución de 1886. Aclara este concepto lo dicho por Eric Leyva, de la siguiente forma:

“La Corte Suprema de Justicia declara inexecutable el temario de la Asamblea, no por estar en desacuerdo con la revisión de la mayoría de los temas, sino por considerar que un listado taxativo de asuntos restringiría el “ejercicio pleno de la soberanía” al constituyente primario. Con ello, se abría la posibilidad para que la Asamblea reformara la totalidad del texto constitucional, hasta el punto de crear una Constitución nueva y distinta. Desde ese momento la Corte Suprema de Justicia empezó a referirse a la Asamblea como “Asamblea Constituyente”, y ya no constitucional, pues daba vía libre para generar una nueva Carta, y no simplemente reformar puntos específicos de la de 1886”.<sup>177</sup>

### **3.2. ORGANIZACIÓN E INSTALACIÓN DE LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE.**

La Asamblea Nacional Constituyente fue instalada el 5 de febrero de 1991 y contaba con escasos 150 días para reformar la Constitución, labor que se avizoraba compleja, tanto por el tiempo otorgado como por lo disímil de la concurrencia de ideologías diferentes. Para Perry, Constituyente por el Partido Liberal:

“Setenta personas con experiencias y profesiones totalmente distintas y con orientaciones ideológicas que iban desde la izquierda del M 19, con diecinueve de los setenta delegados elegidos (más dos de la UP), hasta la

<sup>176</sup> BANCO DE LA REPÚBLICA. Miembros de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. EN: [https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Miembros\\_de\\_la\\_Asamblea\\_Nacional\\_Constituyente\\_de\\_1991](https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Miembros_de_la_Asamblea_Nacional_Constituyente_de_1991)

<sup>177</sup> LEYVA RAMÍREZ, Eric. La Constitución Política de 1991 como producto del poder constituyente primario en Colombia. Revista Nueva Época No. 56, 2021, p. 138. EN: [file:///C:/Users/57300/Downloads/portalderevistas,+arti%CC%81culo+5.+pp+125-147%20\(a\).pdf](file:///C:/Users/57300/Downloads/portalderevistas,+arti%CC%81culo+5.+pp+125-147%20(a).pdf)

derecha que representaba el Movimiento Nacional encabezado por Álvaro Gómez Hurtado con once delegados, y con una presidencia tripartita, Antonio Navarro, Álvaro Gómez y Horacio Serpa, discutiendo y poniéndose de acuerdo en textos jurídicos precisos, sobre lo divino y lo humano en apenas cinco meses. [...] Además, por primera vez, hubo representantes de minorías sociales, como las comunidades indígenas y religiosas (movimientos cristianos y católicos), en un cuerpo colegiado, la mayoría de los cuales normalmente, pero no siempre, votaban con la lista del M19”<sup>178</sup>

Siempre se ha sostenido que la Constitución de 1991 es fruto del consenso de todas estas fuerzas políticas, lo que no descarta que, en algunos de los textos constitucionales debatidos, hubieran existido tensiones partidistas, que finalmente fueron superadas por las fuerzas mayoritarias, principalmente los votos del partido liberal y del M-19.

Para Dávila, las tres fuerzas más disciplinadas dentro de la ANC fueron, en su orden, el M-19, el Partido Liberal, aunque no logró presentar para estudio un texto unificado o apoyar unánimemente el proyecto gubernamental, y el Movimiento de Salvación Nacional, liderado por el conservador Álvaro Gómez Hurtado, que actuó con disciplina de partido, pese a algunas discrepancias dentro del debate. El Partido Social Conservador, con 5 curules, mantuvo su vieja disciplina, aunque su capacidad decisoria era mínima. Los grupos minoritarios (Unión Patriótica, cristianos e Indígenas, con escaso número de delegatarios, 6 en total, se plegaron a las decisiones mayoritarias, no por falta de criterio político sino por la fuerza de las mayorías.<sup>179</sup>

La Asamblea Nacional Constituyente, como todo cuerpo colegiado, se organizó bajo un reglamento aprobado por los mismos Constituyentes, en donde se determinó el número de cinco Comisiones, sus competencias o temas a tratar, el número de debates en Comisión y el número de sesiones plenarias, correspondiendo a la Comisión Quinta el estudio de los temas de la seguridad social, que comprendía salud, asistencia pública, pensiones y previsión social.

La administración Gaviria prestó toda su colaboración a la Asamblea Nacional Constituyente, al dotarla de un computador por delegatario, el cual contaba con

---

<sup>178</sup> PERRY RUBIO, Guillermo, Op. Cit., p 223

<sup>179</sup> DAVILA LADRON DE GUEVARA, Andrés, Op. Cit. EN: <https://books.openedition.org/ifea/3976?lang=es>

archivos contentivos de relevantes constituciones del mundo, con sus contenidos, orientación y motivación.<sup>180</sup>

La tripartita presidencia decidió que inicialmente cada uno de los setenta constituyentes se expresara sobre lo que quería para la nueva Carta Política, hecho éste que alarmó a Guillermo Perry y así se lo hizo saber a Horacio serpa, quien le respondió: “Acá va a ser necesario aprobar todo por consenso. Confíe en que los políticos sabemos manejar estas cosas”.<sup>181</sup> Esta metodología permitió evidenciar, al decir de Perry (2019), “quiénes tenían una visión clara de conjunto, quiénes conocían muy bien temas específicos y quiénes venían simplemente a hacer mandados para algún grupo o región”.<sup>182</sup>

Este diálogo entre los Constituyentes Perry y Serpa se ve reflejado en la Comisión Quinta de la ANC, la cual, según Lamprea Montealegre, “fue un lugar más de consensos que de disensos en materia de seguridad social y de salud”.<sup>183</sup> Estas declaraciones de un Constituyente dejan al descubierto que los intereses políticos y económicos de los grupos dominantes quedaron develados desde el inicio de las sesiones de la Asamblea, pudiendo alcanzar éxito en el articulado final de la Carta Política.

### **3.3. EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD COMO UNO DE LOS FINES SOCIALES DEL ESTADO.**

La Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991 tuvo, dentro de sus responsabilidades, el estudio, debate y aprobación de los temas relacionados con la seguridad social, entre ellos la salud, para lo cual partió de la evaluación del Proyecto de Acto reformativo No. 2 presentado por el gobierno nacional, en cuyo artículo 5° se establece lo siguiente:

*“Fines del Estado.*

*Las autoridades de la República de Colombia están instituidas para realizar los siguientes propósitos fundamentales: [...]*

*c) Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos y libertades y crear las condiciones necesarias para que todas las personas gocen de ellos;*

*d) Exigir el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares;*

<sup>180</sup> PERRY RUBIO, Guillermo, Op. Cit., p. 226

<sup>181</sup> Ibid., p. 223

<sup>182</sup> Ibid., p. 225

<sup>183</sup> LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo, Op. Cit., p. 39

*e) Facilitar la participación de los colombianos en las decisiones que los afectan e interesa y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación;*

*f) Promover la prosperidad general, [...]”<sup>184</sup>*

Teniendo en cuenta que el artículo 1 del Proyecto reformativo de la Constitución presentado por el gobierno nacional definía la República de Colombia como un Estado Social de Derecho, le imponía, a su vez, una serie de obligaciones a fin de que todos sus habitantes pudieran obtener el ejercicio efectivo de los derechos que en la Constitución se consagrarían, los cuales serían exigibles tanto de las autoridades, como de los particulares.

Si bien el Proyecto gubernamental no determinó de manera expresa que la salud pública es un fin esencial del Estado, se infiere que, al consagrarla como un derecho, entra a participar de los fines del Estado en cuanto éste está obligado a garantizar su ejercicio, como se desprende de los literales c) y d) del artículo 5 del Proyecto. En el mismo sentido deben entenderse los temas relacionados con la asistencia pública, el ambiente sano y ecológicamente equilibrado y la restricción a la producción y el consumo de los licores y las bebidas fermentadas, ya que todas estas medidas propenden por el goce efectivo y pleno de la salud de todas las personas.<sup>185</sup>

Adelantados los debates en la Comisión Quinta de la ANC, se rinde Informe de Ponencia a la Plenaria, el cual incluye en el artículo 1º, la salud como uno de los fines sociales del Estado, bajo la siguiente redacción:

“Artículo 1º. Es finalidad social del Estado procurar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, atendiendo principios de universalidad, integridad y solidaridad, así como la satisfacción permanente de sus necesidades básicas y entre ellas, prioritariamente la salud, la educación y el consumo básico de agua potable.

La comunidad participará en la gestión estatal encaminada al logro de esta finalidad que tendrá prelación en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social y en el de las entidades territoriales, así como en sus respectivos presupuestos (...)”<sup>186</sup>

<sup>184</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Gaceta Constitucional No. 5, 1991, p.1

<sup>185</sup> La asistencia pública está contenida en el numeral 2 del artículo 46 del Proyecto No. 2 presentado por el gobierno nacional, el ambiente sano se encuentra descrito en el artículo 60, numeral 1 del Proyecto No. 2, y la restricción de la producción y consumo de licores quedó consignado en el numeral 3 del artículo 52 del Proyecto gubernamental.

<sup>186</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea nacional Constituyente, Gaceta Constitucional No. 78, 1991, p.4

Los Ponentes del Informe rendido a la Plenaria, bajo la vocería de Carlos Lemos Simmonds, fundamentan el texto normativo, antes transcrito, bajo la premisa de que el Estado ya no es de derecho, enmarcado dentro de una relación vertical Estado-ciudadano, sino social de derecho, lo que implica una relación horizontal entre las autoridades públicas y la comunidad.

Así lo expresa Lemos:

“Si nuestra opción más firme es por la de un Estado Social, en sentido estricto, o que como tal no actúa obedeciendo los dictados de la beneficencia y de la caridad sino como respuesta a los más elementales derechos y a los valores horizontales que los sustentan, el panorama se hace muchísimo más claro y, de entrada, se perfila como una opción cualitativamente distinta de las que abogan por un Estado de corte vertical. En este no es la reciprocidad entre personas lo que primero cuenta; por el contrario, allí son muy bien vistas las acciones de quienes movidas por el afán de dar auxilios -versión laica de la beneficencia y la caridad- pretenden arraigar la imagen de un Estado vertical benefactor cuyas principales virtudes son la compasión, la obediencia y la sumisión y que, en definitiva, sirve más a los intereses de quienes detentan el poder que a la comunidad que supuestamente es beneficiaria. Se crea, así, una ética que no se da entre iguales y, por lo mismo se convierte en agente de desigualdad”.<sup>187</sup>

Continúa Lemos Simmonds exponiendo las diferencias esenciales entre un Estado Social, de corte horizontal y un Estado de Derecho, de corte vertical. Y señala:

“En el primer modelo -en el Estado Social- el Estado sirve, en el segundo -el Estado de corte vertical- auxilia; [...] en el primero todos -dirigentes y dirigidos- se sienten obligados en una causa común, en el segundo, en cambio, el mayor peso de las obligaciones recae sobre las mayorías, cuyo poder es más simbólico que real; en fin, el primero es más un Estado de derechos que un Estado de privilegios, [...]; en el segundo, en el Estado Social, los derechos de todos los ciudadanos están mediados únicamente por la Constitución y por tanto son inalienables, mientras que en el otro suelen estar mediados por favores o contraprestaciones personales o de partido que hacen de estos meras figuras jurídicas que pueden ser negociables en circunstancias particulares”.<sup>188</sup>

<sup>187</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea nacional Constituyente, Gaceta Constitucional No. 78, 1991, p. 6

<sup>188</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Comisión Quinta, Transcripción de Sesiones, 1991, p 6

Bajo las premisas de esta exposición de motivos se desnuda un Estado eminentemente clientelista, negociador de los derechos de los asociados a cambio de contraprestaciones personales o de partido, y se expone la urgencia de consagrar un Estado Social de Derecho, libre de estas ataduras de corrupción. Pero, la pregunta es, ¿Luego de treinta años de vigencia de la Constitución Política de Colombia, las contraprestaciones, prebendas y auxilios, se han eliminado?

Lemos Simmonds, luego de 7 años de expedida la Constitución de 1991, al prologar la obra de Juan Manuel López Caballero, sostiene que: “La Constitución de 1991, que por cierto adoptó el modelo económico neoliberal en medio de sonoras pero huecas referencias retóricas al ‘Estado Social de Derecho’, corrió con parecida suerte. Creo que quienes participamos en la Asamblea nacional Constituyente en la creencia de que estábamos contribuyendo a reforzar institucionalmente al país sólo ya tarde empezamos a percatarnos de que en realidad sucedió lo contrario. [...] Porque hoy en Colombia el Estado está también en vías de extinción. Su principal función, la de servir de mecanismo para resolver los conflictos e impartir justicia, es más declarativa que real”.<sup>189</sup>

El 8 de marzo de 1991, el Constituyente Antonio Galán Sarmiento presentó una propuesta de modificación al Proyecto de Reforma Constitucional del gobierno nacional, encaminada a incluir la satisfacción de las necesidades básicas para todos como fin, ya no social, sino esencial del Estado, y como principio de la estabilidad social. Propone el artículo 5, literal f) con la siguiente redacción: “f) Procurar para todos los habitantes de Colombia la satisfacción de sus necesidades básicas, definidas por la ley como indispensables para mantener una calidad de vida digna”.<sup>190</sup>

La exposición de motivos allegada por Antonio Galán, no profundiza sobre la temática, y se centra en el siguiente argumento:

“El modelo económico capitalista deshumanizado que hemos heredado y la estrategia de ajuste de las últimas décadas han impedido la formación de un Estado Benefactor o un Estado Social en lo económico. Los recortes presupuestales tradicionalmente han afectado los servicios públicos de salud, educación y vivienda. (...) La primera justificación del moderno contrato

<sup>189</sup> LEMOS SIMMONDS, Carlos. Prólogo a la obra de LOPEZ CABALLERO, Juan Manuel, La Violencia de los 90's., Bogotá, Graficas Ducal Ltda., 1998.

<sup>190</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente. Transcripción de Sesiones, Comisión Quinta, 1991, p. 97

social es la de garantizar, a todos, una vida digna y no una simple subsistencia vegetativa o de corta duración. No puede aceptarse por más tiempo el principio de que el sostenimiento de los débiles es una responsabilidad directa de las familias y excepcionalmente del Estado. Es indispensable avanzar hacia el estado de la Seguridad Social, donde mediante sistemas de contribuciones de los particulares y del Estado, todos pueden asegurar la satisfacción de sus necesidades aún en situaciones de desempleo, enfermedad, desprotección familiar o inhabilidad”.<sup>191</sup>

Si bien la propuesta de Galán no enfatiza sobre la esencia de los fines del Estado, deja claro que los presupuestos de administraciones anteriores se han caracterizado por los recortes a las partidas dirigidas a la prestación de los servicios públicos, entre ellos la salud, trasladando los deberes sociales de sostenimiento y amparo de los pobres, que corresponden al Estado, a manos de las respectivas familias.

El debate para definir la naturaleza de los fines del Estado, ya como esenciales, ya como sociales, no contó con un profundo análisis dentro de la ANC, quedando finalmente plasmados como esenciales en el artículo 2º de la Carta Política de 1991, los que aluden al servicio a la comunidad, la promoción de la prosperidad general y la garantía de la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, sin que aquí se determinen claramente los deberes y obligaciones del Estado.

En la nueva Constitución, el servicio público de salud quedó consignado en el artículo 366 como una finalidad social del Estado en razón de su calidad de servicio público, a quien le compete asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. No obstante, y tal como lo consagra el artículo 49 de la Constitución, el servicio de salud puede ser prestado por entidades privadas, pero bajo la vigilancia y control del Estado.

En el informe de ponencia para primer debate de plenaria rendido por los Constituyentes Tulio Cuevas, Angelino Garzón y Carlos Lemos, entre otros, el 17 de mayo de 1991, señalan que el instrumento más eficaz para el cumplimiento de los fines sociales del Estado es la Seguridad Social, ya que ésta constituye un elemento indispensable para posibilitar unas condiciones de vida dignas,<sup>192</sup> más aun teniendo en cuenta que dentro de sus objetivos está el de velar por la protección de la población

---

<sup>191</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, 1991, p.98

<sup>192</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, Op. Cit., p.3

contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica. En este punto es de anotar que los Constituyentes no desarrollaron ni determinaron en qué condiciones o bajo qué principios la seguridad social sirve como instrumento para que el Estado alcance sus fines sociales, más aún, teniendo en cuenta que delega en los particulares buena parte de sus responsabilidades en materia de seguridad social.

### **3.4. CONSTITUCIONALIZACION DE LA SALUD EN LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE.**

En el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, como ya se mencionó, le correspondió a la Comisión Quinta el estudio relativo a la seguridad social, dentro del cual se incluían la salud, el saneamiento ambiental y el agua potable. Los Delegatarios contaron para un estudio inicial con la propuesta presentada por el gobierno nacional y elaborada desde el Ministerio de Salud y, posteriormente, con las allegadas por los diferentes partidos y movimientos políticos que tuvieron asiento en dicho cuerpo colegiado.

#### **3.4.1. Iniciativa presentada al interior de la Constituyente por el Gobierno Nacional.**

El Proyecto No. 2, o iniciativa gubernamental, trajo a consideración de los Constituyentes dos artículos relacionados con el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud, incorporados éstos dentro del Capítulo 2 denominado “Derechos sociales, Económicos y Culturales”.

En el primero de ellos, (artículo 46), se lee lo siguiente: “Derecho a la seguridad social. Asistencia pública.

1. El Estado promoverá el desarrollo de un sistema de seguridad social que garantice protección en los casos de muerte, vejez, enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez y demás riesgos que señale la ley.
2. Toda persona incapacitada para trabajar y desprovista de los medios necesarios para vivir, tiene derecho a la asistencia pública”.<sup>193</sup>

En el segundo artículo, (52), se establece:  
“Derecho a la salud.

---

<sup>193</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Gaceta Constitucional No. 5, 1991, p. 5

1. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud. La salud básica será gratuita y obligatoria en los términos que establezca la ley.
2. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud públicos y privados. La ley determinará las obligaciones y la responsabilidad del Estado y de los particulares para asegurar el goce de este derecho y el modo de hacerlo efectivo.
3. La ley podrá restringir la producción y el consumo de los licores y de las bebidas fermentadas”.<sup>194</sup>

El ministro de Salud Camilo González Posso, quien trabajó como asesor de Carlos Pizarro para negociar la desmovilización de la guerrilla del M-19, y como negociador del acuerdo de la Asamblea Constitucional de 1991<sup>195</sup>, manifiesta que “la seguridad social, debe ser concebida de una manera general como los instrumentos, como las formas que se da la sociedad y el Estado para garantizar la protección de la salud, la atención de la enfermedad, de la invalidez, la vejez o muerte de toda la población y no solamente de los trabajadores asalariados en su relación obrero-patronal, el concepto de seguridad social entonces, es importante que sea incorporado en el ordenamiento Constitucional”<sup>196</sup>.

Para el ministro González Posso, la salud debería estar incorporada dentro de las garantías y derechos sociales, tal como lo propone el gobierno, puesto que estos conceptos constituyen principios fundamentales que se ubican dentro del marco general de derechos. Sostenía entonces González que:

“En el preámbulo de la propuesta del Presidente Gaviria, se invocan principios generales como la igualdad, la libertad, pero se hace alusión a algo que yo quiero subrayar, es a la solidaridad, a mí me parece que introducir dentro del pensamiento Constitucional y las formulaciones Constitucionales, no solamente de derechos sino en el conjunto de la Carta, el principio de la solidaridad es uno de los aportes cualitativos que se pueden hacer para la transformación Institucional de Colombia, es decir, no se trata con la solidaridad y con el derecho de solidaridad solamente de un asunto particular relacionado con la seguridad social,

---

<sup>194</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Gaceta Constitucional No. 5, 1991, p.6

<sup>195</sup> WIKIPEDIA, Camilo González Posso. Trayectoria. EN: [https://es.wikipedia.org/wiki/Camilo\\_González\\_Posso](https://es.wikipedia.org/wiki/Camilo_González_Posso)

<sup>196</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Informe de Sesiones de la Comisión Quinta del 19 de marzo, 1991, p.3

con la salud, sino de un principio rector, tan importante en nuestra época y hacia el futuro [...]”.<sup>197</sup>

Explica González Posso que, al ubicar la salud dentro del capítulo de los Derechos sociales y económicos, se le da a ésta una connotación “no sólo como un elemento social, sino como complemento de lo económico. [...] Es fundamental ubicar la cuestión social como un componente también de la economía y la salud como un factor productivo. Si se tiene una concepción de esta naturaleza, entonces se asume como algo eje, vertebral, esencial de la función del Estado y no como aquella actividad complementaria o marginal”.<sup>198</sup>

¿Qué implica entonces que la salud sea un factor productivo? ¿Implica acaso que genera riqueza y, de ser así, para quién y en qué medida? ¿Implica mejores condiciones de vida para los trabajadores, que a su vez se reflejan en su salud, en su bienestar general y en su capacidad productiva?

Si se tiene en cuenta que la productividad se refiere a la cantidad de bienes y servicios producidos por el trabajador en una unidad de tiempo, utilizando unas herramientas de trabajo, con miras a alcanzar unos beneficios recíprocos, la salud se convierte entonces en un factor productivo que beneficia la economía en general, porque el rendimiento laboral puede traer aparejados mejores salarios, en virtud de las ganancias que obtiene el empleador.

Esta definición es ofrecida por los pensadores neoliberales, pero escapa a la realidad, porque lo que ocurre, dentro de ese modelo político-económico, es que quienes se benefician y obtienen las ganancias son los empleadores, en detrimento de las condiciones sociales de los trabajadores, quienes reciben un salario integral del cual deben destinar parte para cubrir la seguridad social, son sometidos a contratos por horas o por servicios, buscando eliminar los contratos por tiempo indefinido, todo lo cual redundaría en mayores índices de productividad a favor de los empresarios.<sup>199</sup>

Como lo afirma Alfred Wolf, “la falta de salud afecta directamente la fuerza de trabajo y tiene profundas repercusiones en la economía, ocasionando la pérdida de

---

<sup>197</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Informe de Sesiones de la Comisión Quinta del 19 de marzo, 1991, p. 2

<sup>198</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente. Informe de Sesiones de la Comisión Quinta del 19 de marzo, 1991, p.2

<sup>199</sup> Estas reflexiones fueron aportadas por Emilio Quevedo Vélez, en su calidad de Director de la investigación.

trabajadores comunidades económicas, bien por muerte prematura o reducción del tiempo y la capacidad de trabajo. La falta de aplicación de las medidas preventivas adecuadas se refleja, invariablemente, en costo económico más elevado por concepto de servicios curativos; [...] La salud es necesaria, para mantener y mejorar la productividad de la fuerza de trabajo”.<sup>200</sup>

El Constituyente Álvaro Cala, liberal elegido por la lista del Movimiento de Salvación Nacional, disintió del proyecto gubernamental en lo referente a la inclusión de la salud dentro del concepto de seguridad social, y sostuvo que “lo ideal no es fusionar ineficiencias sino separar lo que es seguridad social, es decir, invalidez vejez y muerte, y asistencia social de salud”.<sup>201</sup> Puso de presente Cala el tema de la corrupción que ha campeado en los últimos años, tanto en el Seguro Social como en las demás entidades de previsión social, y propuso abstraer al Estado del manejo de la salud pública, que la ha desarrollado “a unos costos altísimos con unos despilfarros grandes y con robos, y con asaltos a las tesorerías de esos institutos, siendo más eficiente delegar el manejo de la seguridad social en salud a entes privados solidarios, como Cooperativas y Cajas de Compensación Familiar”.<sup>202</sup>

Certifica este planteamiento el informe de ponencia presentado por Jaime Benítez Tobón a la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, en donde se expone que tanto en el ISS como en la Caja Nacional de Previsión, “se han hecho evidentes los problemas de ineficiencia y mala administración. El propio ISS mantiene una burocracia de más de 25.000 empleados de los cuales una alta proporción son administrativos. En las clínicas de previsión el número de empleados por cama es de 5 o más, cuando la norma no excede a 2. [...] Según el Estudio Nacional de Salud, nuestro sistema es profundamente inequitativo, los grupos con mayores necesidades de salud reciben menos servicios que el resto de la población”.<sup>203</sup>

La burocracia ineficiente y en cantidad excesiva, aunada a los manejos inescrupulosos de los recursos de la salud (presupuesto, insumos, medicamentos, sobrefacturación, desvío de los recursos hacia otras actividades), son los componentes de la corrupción en dicho sector, la cual ha sido utilizada como caballito de batalla por los neoliberales,

---

<sup>200</sup> WOLF, Alfred. La salud como factor de desarrollo, 1967, p. 289. EN:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15292/v62n4p289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>201</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19 de 1991, p. 11

<sup>202</sup> Ibid., p 11

<sup>203</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 85, 1991, p. 3

para defender la tesis privatizadora de las diferentes áreas de la seguridad social, especialmente la salud, como la alternativa salvadora, sujeta, como es lógico, a los vaivenes de la oferta y la demanda.

Compartiendo parte de los criterios del Constituyente Cala, el delegado Carlos Lemos sostiene que es importante crear mecanismos de control de las entidades, ausentes éstos en el Proyecto presentado por el gobierno, ya que las entidades de previsión social “se descontrolaron y se convirtieron en focos de corrupción”.<sup>204</sup> Considera que “si desde la Constitución misma no empezamos a controlar estas organizaciones que se han convertido en centros de corruptela, pues de pronto cuando la ley arme la nueva organización, lo que va a hacer es trasladar el virus de la corrupción de un sitio a otro, "yo diría que pronto si no nos sometemos, si no establecemos unos controles en la Constitución, lo que vamos a hacer es cambiarle a la cloaca de nombre, en vez de la cloaca de los seguros sociales, de la cloaca de las cajas de previsión, vamos a tener la cloaca del servicio integrado de salud”<sup>205</sup>

Nuevamente salta sobre el tapete, y a viva voz, el tema de la corrupción que ha afectado de manera notable las finanzas de todo el sistema de seguridad social, socavando la prestación eficiente del servicio, especialmente a los sectores más empobrecidos, que están excluidos de la fuerza laboral amparada por las garantías de los contratos de trabajo.

Una forma de control propuesta por Lemos, es la de incluir el aspecto de la “democracia participativa a través de la representación de los usuarios”.<sup>206</sup> Esto, porque tradicionalmente los entes de control han evadido su obligación de impedir los malos manejos de los recursos dentro de las entidades de previsión social, hasta el punto que han mirado hacia otro lado o, incluso, caído en actos de corrupción.

A esta afirmación replicaba el Ministro González diciendo que, dentro del Proyecto del Gobierno, la participación comunitaria es un enunciado central “al mismo nivel que la universalidad del servicio, y al mismo nivel que la integralidad que tiene que ver con el carácter preventivo”.<sup>207</sup> Sostenía que la participación comunitaria había que

---

<sup>204</sup> República de Colombia, Gaceta Constitucional No. 85, 1991, p. 17

<sup>205</sup> Ibid, p. 17 Nótese la semejanza con la propuesta neoliberal de Lalonde y Blum que considera que el Estado no debe encargarse más de los servicios sanitarios por su alto costo de ineficiencia.

<sup>206</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19, 1991, p. 18

<sup>207</sup> Ibid, p22.

plasmarla en instituciones como la veeduría popular o, como la fiscalía ciudadana, para que vigilaran la contratación y la inversión pública, evitando la corrupción.<sup>208</sup> Así mismo remarcaba que la Superintendencia Nacional, en virtud de la ley 10 de 1990 tenía funciones de control y vigilancia, tanto en el sector público como en las entidades privadas que prestaban el servicio de medicina prepagada, siendo entonces “una función de control general”.<sup>209</sup>

Exponía, además, el ministro González Posso que el manejo financiero debería ser unificado para evitar duplicidad entre el Seguro Social y las Cajas de Previsión, y que la autonomía departamental y municipal resultaba contraproducente, siendo conveniente esperar a la regionalización del país para otorgarles facultades legislativas en materia de salud.<sup>210</sup>

Para este momento, abril de 1991, González Posso gozaba del apoyo mayoritario en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, contando con un bloque conformado por algunos delegados del Partido Liberal, la Alianza Democrática M-19, la UP, y parte del Movimiento de Salvación Nacional, por lo que su propuesta fue ampliamente respaldada tanto en la Comisión Quinta como en la Plenaria de la ANC, lo que sin embargo no alcanzó para evitar la incorporación del manejo de la salud en el campo de la seguridad social por parte de las empresas privadas.

Dentro del desarrollo y discusión del proyecto del Gobierno, González Posso advirtió que el concepto de salud no es ni siquiera el de no enfermedad, sino que es el de la “preservación de un bien asociado al bienestar, asociado al desarrollo, por lo tanto se puede hablar del fomento de la promoción de la salud, y nos lleva a una concepción fundamentalmente preventiva”, a cuya cabeza está el denominado saneamiento básico.<sup>211</sup>

En este punto Angelino Garzón, se adhirió de manera general a la propuesta gubernamental presentada por el ministro González Posso, proponiendo un plan de seguridad social integral bajo la misma filosofía del Plan Unificado que sostenía el Gobierno Nacional. Cuestionó, además, a pesar de lo dicho por el ministro, la ausencia

---

<sup>208</sup>REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19, 1991, p.23

<sup>209</sup><sup>209</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19, 1991, Op. Cit., p. 22

<sup>210</sup> Ibid., p. 22

<sup>211</sup> Ibid., p. 26

en el Proyecto del Gobierno de temas relacionados con los problemas sanitarios, en cuanto al suministro de agua potable, alcantarillado y aseo para la población colombiana.<sup>212</sup> Dicha proposición fue avalada por la Delegataria Helena Herrán de Montoya, quien propuso incluir “lo relacionado con el saneamiento ambiental y el agua potable [...], hablando de un sistema integrado que incluya el saneamiento de las aguas, la atmósfera y el manejo de los desechos líquidos y sólidos.”<sup>213</sup>

En este debate intervino también, el miembro del Partido Conservador Carlos Rodado Noriega, perteneciente al Partido Conservador, cuestionando el énfasis del Proyecto gubernamental en la medicina curativa y no en la preventiva, “aun cuando el documento define que el modelo de atención básica consiste en un paquete de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación destinado a satisfacer las necesidades esenciales de la población del país, así como las patologías más frecuentes”.<sup>214</sup>

Para Rodado Noriega, no bastaba con la enunciación escueta de un modelo de atención básica, y así lo sustenta:

“La mejor manera de hacer medicina preventiva en Colombia, es dar agua potable y construir alcantarillados sanitarios, y sabemos que esta es una responsabilidad municipal [...] Aquí en Colombia por los menos 14 millones de personas no cuenta con el servicio de agua pura, de agua potable, y unos 16 millones de Colombianos no cuentan con el servicio de alcantarillado sanitario, la consecuencia de esto es que al año mueren 40.000 niños menores de 5 años, como consecuencia, fundamentalmente de enfermedades que tienen su origen en vectores, que se dan en condiciones de un saneamiento básico que no es el adecuado para la vida humana; en otras palabras la mitad de los niños que mueren en un año en Colombia, se mueren por falta de agua potable y alcantarillado sanitario y en general por unas condiciones inadecuadas al saneamiento básico”<sup>215</sup>

A continuación, propone Rodado Noriega complementar el texto del Proyecto del Sistema Unificado, poniendo énfasis en la medicina preventiva, “fundamentalmente

---

<sup>212</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19, 1991, Op. Cit., p. 20

<sup>213</sup> Ibid., p. 15

<sup>214</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Transcripción de Sesiones, marzo 19 de 1991, 15.

<sup>215</sup> Ibid., p 16

sobre saneamiento básico ambiental y dentro del saneamiento básico ambiental la provisión de agua potable”.<sup>216</sup>

Luego de escuchar diversas intervenciones de los participantes en el debate, el ministro González Posso concluyó que “el Proyecto gubernamental de reforma constitucional incluía la protección de la salud, no solo como una declaración sino como una garantía. Un artículo sobre salud en la Constitución se justifica única y exclusivamente, si apunta ya no a la preservación del derecho, sino a un mecanismo básico para su garantía”.<sup>217</sup>

En efecto, y concordando con lo expresado por el ministro González Posso, no bastaba con constitucionalizar el derecho a la salud, si no se creaban, dentro de la misma Carta, los mecanismos para garantizarlo, afirmación que ha tomado validez teniendo en cuenta que buena parte de los colombianos ha tenido que acudir a la acción de tutela para reclamar su garantía, pese a que, por lo menos, aparece como un servicio público a cargo del Estado, dentro de la Constitución de 1991.

### **3.4.2. Iniciativas presentadas al interior de la Constituyente por parte de los Delegados.**

Una característica del proceso de construcción de la Constitución de 1991 fue que buena parte del debate giró en torno a la organización del Estado, a la conformación de las diferentes Ramas del Poder Público, a los organismos de control, a la organización de las entidades territoriales, y esencialmente a los temas económicos respecto de la hacienda pública y de la libertad de empresa. En cambio, los temas de seguridad social en general, y de salud, en particular, tuvieron pocas iniciativas y escaso debate.

Una de las iniciativas presentadas por fuera de la del gobierno nacional es la de Guillermo Perry Rubio, quien dentro del Proyecto No. 62 denominado “Derechos Colectivos” cuestionaba el Proyecto gubernamental por la limitación que hacía de los derechos colectivos únicamente al medio ambiente, y no preveía el desarrollo de otro tipo de derechos colectivos de igual naturaleza.<sup>218</sup> “Es nuestra opinión, [...] se plantea que la protección constitucional sea ampliada a otros derechos que son de vital

---

<sup>216</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Transcripción de Sesiones, marzo 19 de 1991, p. 16

<sup>217</sup> Ibid, p. 25

<sup>218</sup> República de Colombia, Gaceta Constitucional No. 22, 1991, p. 62

importancia en la vida comunitaria de la sociedad [...]. Tal es el caso del derecho colectivo a la seguridad y salubridad públicas”.<sup>219</sup>

En su obra *Decidí Contarlo*, Perry Rubio justifica su defensa dentro de la Asamblea Nacional Constituyente de temas tales como de la iniciativa privada acompañada de la intervención estatal y el régimen de derechos colectivos, la acción de tutela y el nuevo régimen de servicios públicos que permitiría la prestación por particulares con supervisión del gobierno y protección a los derechos de los usuarios.<sup>220</sup> Respecto de los derechos colectivos, Perry Rubio lideró el Informe de Ponencia presentado ante la Comisión Quinta, destacando lo siguiente:

“Ni la Constitución de 1886 ni ninguna de las reformas realizadas hasta el presente han reconocido en forma explícita los derechos colectivos. Por tanto, su existencia se ha inferido indirectamente de la norma que menciona los deberes sociales del Estado (art. 16). En efecto, puesto que cada deber se encuentra asociado de manera indisoluble a un derecho, el reconocimiento de deberes sociales del Estado implica, necesariamente, el de los derechos sociales o colectivos [...] Los derechos en cuestión propenden por la satisfacción de necesidades de tipo colectivo y social, y se diseminan entre los miembros de grupos humanos determinados, quienes los ejercen de manera idéntica, uniforme y compartida; por su naturaleza e importancia requieren un reconocimiento en la nueva Carta que fomente la solidaridad entre los habitantes del territorio nacional para la defensa de vitales intereses de carácter colectivo y que propicie la creación de instrumentos jurídicos adecuados para su protección”.<sup>221</sup>

Planteaba Perry dentro de su Proyecto, la incorporación del artículo 2º que, en síntesis, era el mismo que el propuesto por el gobierno en su artículo 60, que hablaba del derecho a gozar de un medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Insistía, eso sí, en que era necesario “sentar las bases constitucionales que garanticen un medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado para el bienestar social y económico de las generaciones presentes y futuras”.<sup>222</sup>

Guillermo Plazas Alcid, perteneciente al partido Liberal, presentó a consideración de la Asamblea Nacional Constituyente el Proyecto de reforma constitucional No. 110,

<sup>219</sup> República de Colombia, Gaceta Constitucional No. 22, 1991, p 62

<sup>220</sup> PERRY RUBIO, Guillermo, Op. Cit., p., p. 242

<sup>221</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, 21 de abril de 1991, p. 1

<sup>222</sup> Ibi., p 62

elaborado por la Federación Colombiana de Ciencias de la Salud, que dentro de su articulado planteaba consagrar a la salud como “un derecho que gozará de la especial protección del Estado”.<sup>223</sup>

Además, proponía incluir dentro del articulado el siguiente texto:

“Las autoridades de la República están obligadas a cuidar la salud y adoptar las medidas preventivas, sanitarias, sociales, políticas y económicas adecuadas a la garantía de este derecho.

Los conocimientos para el cuidado y la atención de la salud se impartirán obligatoriamente desde la temprana edad, en el seno de la familia, escuelas y establecimientos públicos y privados.

No existirá monopolio, ni se concederá privilegio a ningún sistema terapéutico de los que integran las ciencias de la salud, en relación con la formación de recursos humanos, ejercicio profesional, ni para la utilización de medios, recursos y procedimientos relativos a la atención de la salud.

Toda persona es libre de escoger los sistemas de prevención, diagnóstico, tratamiento y curación de sus enfermedades e igualmente tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”.<sup>224</sup>

En la exposición de motivos para el Proyecto 110, Guillermo Plazas Alcid, adujo que:

“Tal como el trabajo, la asistencia pública, la huelga, la educación, la libertad, la justicia, la propiedad, están elevadas a rango constitucional, el fundamental derecho humano a la salud, más importante aún que los citados, debe consagrarse mediante norma en la Constitución, para su debida protección y garantía, estableciendo la obligación para todas las autoridades de ampararla. (...) Los pilares fundamentales de la salud son la prevención y la educación; impónese entonces la necesidad que desde temprana edad, en el hogar, en la escuela y a través de toda la vida se ha de enseñar y aprender su cuidado, de tal manera que la salud sea un estado connatural y una forma de vida de la persona, y no una disciplina a la que accidentalmente se acude en el evento de una enfermedad”.<sup>225</sup>

El texto del artículo propuesto por Plazas lamentablemente no tuvo un curso exitoso en los debates constituyentes, razón por la cual no fue insertado dentro de la reforma constitucional. De todas formas, vale la pena destacar que aquí se dan los primeros

---

<sup>223</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 25, 1991, p. 60

<sup>224</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 25, 1991, p. 59

<sup>225</sup> Ibid, p. 59

pasos para consagrar la salud como un derecho de especial protección del Estado y para dotar a todas las personas de herramientas para escoger libremente su sistema de salud, temas estos que fueron posteriormente incorporados en la ley 100 de 1993.

Aida Abella, integrante del partido Unión Patriótica, junto con delegatarios de otras corrientes políticas, presentó ponencia relacionada con el Proyecto de Nueva Carta de Derechos, Deberes, Garantías y Libertades, en donde en el artículo 37, denominado De la Salud y de la Seguridad Social, se le asigna al Estado el deber de proteger la salud y la seguridad social como derecho de las personas, los cuales deben ser garantizados “mediante políticas económicas y sociales que a través de un adecuado sistema de seguridad social, reduzcan el riesgo de enfermedad y aseguren el acceso igualitario a los servicios de salud para su prevención, protección y recuperación. Una ley marco determinará el desarrollo progresivo del régimen de la seguridad social integral, incluyendo la asistencia pública, el subsidio al desempleo y la licencia de maternidad. Estos derechos se extienden a los trabajadores de la cultura”.<sup>226</sup>

Uno de los Proyectos de Reforma más complejo fue el No. 46, presentado por el liberal Carlos Lemos Simonds, en el cual puso a consideración de la Asamblea un capítulo nuevo denominado De la Seguridad Social”, en donde incorpora lo relativo a la salud, prestaciones económicas para los trabajadores públicos y privados, asistencia pública, subsidio al desempleo, fomento al empleo y recreación, asuntos éstos que delega como función estatal.<sup>227</sup>

El Proyecto presentado por Lemos Simonds pretendía constitucionalizar buena parte de las normas legales contenidas en las leyes 6 de 1945, 90 de 1946, Código Sustantivo del Trabajo y ley 10 de 1990, adjudicándole a cargo de la nación, no sólo los servicios hospitalarios tanto oficiales como privados, sino también el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Social, la contratación de la prestación de los servicios de seguridad social con entidades privadas, y la apropiación de partidas para financiar los temas de la seguridad social.

Lemos Simonds expuso así los argumentos que respaldaban el articulado, bajo las siguientes consideraciones:

---

<sup>226</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, abril 12 de 1991, p. 9

<sup>227</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 21, 1991, p 23

“El artículo 19 de la Constitución vigente limita la función estatal de seguridad social a la asistencia pública, entendida como la que se presta a los incapacitados físicamente para trabajar y que además carecen de medios de subsistencia. Con el proyecto de título que presentamos, pretendemos hacerla extensiva a todos los conceptos que integran los derechos a la seguridad social, dándoles aplicación universal, para beneficio de toda la población colombiana.

(...) Así como propugnamos por la dedicación de normas constitucionales especiales al orden público y a la seguridad física de las personas, de igual manera consideramos que debe dedicarse un capítulo de rango constitucional a la seguridad social, dada su trascendencia e importancia en la vida de la comunidad.

En el proyecto propuesto elevamos a canon constitucional el sistema Nacional de Salud, para darle integración administrativa a los servicios en cuestión. Igual tratamiento se le da al Instituto de Seguros Sociales, que en Colombia nació como entidad privada y en el mundo como una conquista de la clase trabajadora al obtener el seguro social obligatorio. Consideración similar se hace de las cajas de Previsión Social. Y en aquél y en éstas se reconoce el derecho de los trabajadores a participar activamente en su dirección, administración y veeduría”.<sup>228</sup>

Si bien la iniciativa podía tener buenos propósitos, este articulado desbordaba la estructura normativa de una Constitución Política, ya que ésta, incuestionablemente, se debe ocupar de temas generales que sinteticen los distintos aspectos de la organización del Estado y los deberes y derechos de los asociados, siendo una hoja de ruta, y no un catálogo de preceptos específicos y detallados que tradicionalmente se delegan en el legislador ordinario.

El 7 de marzo de 1991 los Delegatarios de la Alianza Democrática M-19, en cabeza de Antonio Navarro Wolf, presentaron a consideración de la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional el Proyecto de reforma No. 50, en cuyo Título III denominado “Derechos, garantías y deberes fundamentales”, proponen la incorporación del artículo 20, que integra los temas relacionados con la salud, las pensiones y la asistencia pública en un solo cuerpo normativo, siendo lo pertinente a la salud lo siguiente:

“Artículo 20. La salud y la seguridad social son deberes del Estado, en concurrencia con la sociedad, que deberá garantizar:

---

<sup>228</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 21, 1991, p.23

1. La prestación de servicios de salud preventivos y curativos, mediante un sistema único de salud y seguridad social, que asegure el acceso a todas las personas. La ley reglamentará la prestación de estos servicios y la forma en que concurrirá la sociedad a quienes se encuentren impedidos o carezcan de los medios económicos para sufragarlos. (...).
4. La protección a la maternidad y a la infancia, por medio de instituciones especiales”.<sup>229</sup>

En dicho Proyecto el M-19 no define la salud como un derecho de todas las personas, sino como un deber del Estado, imponiéndole la obligación de prestar los servicios de salud en los campos preventivo y curativo. Aclara el Proyecto que “el derecho a la Asistencia Pública pasa a convertirse en el derecho a la Seguridad Social Integral que se extienda a la preservación de la salud y al amparo en eventos de invalidez, vejez, muerte, inasistencia y desempleo”.<sup>230</sup>

Del desarrollo histórico que se ha venido exponiendo a lo largo de la presente investigación, es posible sostener que en Colombia, desde 1946, con la expedición de la ley 90 de 1946, que creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, y en adelante, se impuso un modelo de salud pública bajo los principios de la doctrina de Otto Bismarck, porque en dicha norma concurrían al pago de los servicios de salud, los trabajadores, los empleadores y el Estado, al tiempo que la red hospitalaria pública quedó a cargo del Estado, permitiendo que existiera un servicio de salud paralelo prestado por médicos a través de sus consultorios particulares y por las clínicas y hospitales que éstos, dentro del principio de la libre empresa, habían venido creando.

Este modelo Bismarckiano se ha mantenido vigente hasta el presente, con el agravante que, a partir de la Constitución de 1991, y de la posterior expedición de la ley 100 de 1993, los servicios de salud se han privatizado y han caído en manos del modelo neoliberal mediante el cual se convierten en una mercancía sujeta, como se ha venido exponiendo, al libre mercado.

La Asamblea Nacional Constituyente sembró en la Academia y en buena parte de los trabajadores asalariados, la esperanza de un cambio profundo del modelo imperante en ese momento, porque dentro de los Proyectos presentados se esbozaron atisbos de cambio, con semejanza al modelo chileno de 1953, implantado por el presidente

---

<sup>229</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 22, 1991, p. 8

<sup>230</sup> Ibid. p. 8

Salvador Allende, el cual se inspiró en los principios del economista inglés William Beveridge, que elaboró en 1942, a petición del Primer Ministro Inglés, perteneciente al partido Laborista, una serie de recomendaciones en materia de seguridad social y salud pública, conocidas como el “plan Beveridge, que posteriormente, en 1948, dio lugar a la creación del primer Sistema Unificado de Seguridad Social en Europa, y al Servicio Nacional de Salud británico, erigido bajo los principios de universalidad, gratuidad y equidad, estando a cargo del Estado la mayor parte de su financiación.”<sup>231</sup>

En efecto, Salvador Allende apoyó en 1953 desde el Senado, y con el respaldo de sectores de izquierda y de destacados médicos, la aprobación en Chile de la ley que creó el Servicio del Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud (SNS), reuniendo este último “todos los establecimientos sanitarios públicos del país bajo una política coherente, nacional y planificada en el área de la Salud. Será el Servicio Nacional de Salud el organismo que tendrá logros sanitarios como vacunaciones, erradicación de enfermedades infecto-contagiosas, educación sanitaria de allí en adelante”.<sup>232</sup>

En la campaña presidencial de 1970, el candidato Salvador Allende postulado por el Movimiento de Unidad Popular, dentro de su plan de gobierno priorizó 3 ejes centrales para llevar a cabo los temas relacionados con la salud, y así lo dejó consignado:

- “1.- En un estado moderno, la Salud es un derecho de cada ciudadano y es deber del Estado proporcionarla.
- 2.- La Salud es un proceso dinámico, de equilibrio permanente del hombre con el ambiente que lo rodea. En el logro de la misma interviene decisivamente el nivel de vida, expresado en Vivienda, Salarios, Cultura y Educación.
- 3.- El principal Recurso de Salud de un país es la Comunidad Organizada en pos de un mejor nivel de vida. Sus instituciones sanitarias serán órganos especializados al servicio de aquélla”.<sup>233</sup>

Los postulados de salud de Allende, implantados durante su mandato -1970-1973- fueron, en gran medida, eliminados bajo la dictadura militar del General Augusto Pinochet, quien suprimió de un tajo el carácter social de la salud pública en Chile,

---

<sup>231</sup> CABO SALVADOR, Javier y otros. Gestión sanitaria integral: Pública y Privada. EN: <https://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>

<sup>232</sup> REVISTA DE FRENTE, junio 26 de 2020. Las cruciales contribuciones del doctor Salvador Allende y el Gobierno de la Unidad Popular a la Salud Pública en Chile. EN: <https://www.revistadefrente.cl/las-contribuciones-de-salvador-allende-y-la-unidad-popular-a-la-salud-publica-en-chile/>

<sup>233</sup> Ibid, junio 26 de 2020.

incorporando un modelo Bismarckiano, con un acento eminentemente neoliberal, donde impera un sistema privado de prestación del servicio, correspondiendo su financiación en una mínima parte al Estado. Curiosamente, y como se verá más adelante, Colombia enfiló todos sus esfuerzos en 1992, hacia la integración de un grupo de jóvenes formados en las universidades Chicago, Stanford y California para que reprodujeran el modelo de salud desarrollado durante la dictadura militar, sin dejar de lado, eso sí, el recetario impuesto por el Consenso de Washington, a través del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Un aspecto importante, que no se puede dejar pasar de largo, es que dentro del Proyecto de reforma presentado por el Gobierno Nacional se incluyeron los principios de solidaridad, unidad, universalidad, integralidad, participación comunitaria y equidad en la prestación del servicio público de salud, todo bajo un modelo de descentralización en los niveles departamental y municipal. González Posso sustentaba esta iniciativa argumentando que la solidaridad es un principio rector sobre el cual descansan una serie de derechos y garantías sociales, como el derecho a la salud.<sup>234</sup>

Durante la sesión de la Comisión Quinta del día 2 de abril de 1991 intervino como invitada la directora de los Seguros Sociales Cecilia López Montaña, con el propósito de explicar la importancia de la seguridad social en Colombia y la necesidad de su incorporación en la nueva Carta Política. Dentro de su exposición sostuvo que:

“La universalidad de una cobertura básica de seguridad social es como un principio fundamental en el cual se debe montar este país de aquí en adelante. [...] es honesto reconocer que en Colombia no hay un sistema de seguridad social, (...) lo que si hay, son los elementos de la seguridad social. [...] Por eso el primer punto que yo creo que es fundamental es si incluir en la Constitución que la seguridad social es un derecho y que además tenemos que crear un sistema [...] yo creo que al reconocer que la seguridad social es el elemento que le va a dar equidad al nuevo modelo de desarrollo del país, obviamente le estamos dando un rol, y al reconocer que es un derecho de la población, le estamos dando un rol muy claro al Estado”.<sup>235</sup>

Las afirmaciones de López Montaña coinciden, en buena medida, con la propuesta del Gobierno y con las bancadas del Partido Liberal y de la Alianza Democrática M-

---

<sup>234</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19 de 1991, p. 25

<sup>235</sup> Ibid., p. 7

19, con lo cual se estaba perfilando que al final de los debates la seguridad social quedaría incorporada, como efectivamente sucedió, en la nueva Carta Política, hoy artículo 48.

La idea dominante durante los cinco meses de sesiones, respecto de la seguridad social, fue que ésta, en principio, es un servicio público, el cual debe ser prestado por el Estado, sin detrimento de la participación de los particulares, a fin de alcanzar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, propuestos en la iniciativa gubernamental.

Desde otro punto de vista, López Montaña deja entrever la necesidad de que el Estado delegue la ejecución de buena parte de los servicios de seguridad social en manos de otros actores, cuando afirma que: “la seguridad social es una responsabilidad del Estado, lo cual no quiere decir que la tiene que ejecutar el Estado”.<sup>236</sup>

López Montaña participaba de la idea gubernamental de incorporar como principios básicos para la seguridad social, la universalidad, la equidad y la solidaridad: “la seguridad social tiene que ser solidaria que es un punto muy importante porque esto se pierde cuando se privatiza la seguridad social; tiene que ser equitativa que no es lo mismo; tiene que ser universal; por lo menos esos tres principios son absolutamente básicos, solidaridad, equidad, y universalidad”.<sup>237</sup>, debiendo incluir dentro de este concepto, la salud.

En el informe de ponencia para primer debate de plenaria rendido el 17 de mayo de 1991,<sup>238</sup> los Constituyente Carlos Lemos, Angelino Garzón y otros<sup>239</sup>, tuvieron en cuenta los argumentos que hasta la fecha se habían expuesto en torno a la seguridad social, a la asistencia pública y a la salud, y dentro de sus fundamentaciones para presentar una propuesta de articulado, expusieron previamente una radiografía del sector salud, sus condiciones a la fecha del debate y los males que lo aquejaban, de la siguiente forma:

---

<sup>236</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, marzo 19 de 1991, p 7

<sup>237</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, ABRIL 2 de 1991, p. 10

<sup>238</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, 991, p.2

<sup>239</sup> Jaime Benítez Tobón, Tulio Cuevas Romero, Angelino Garzón, Guillermo Guerrero Figueroa, Iván Marulanda Gómez, Guillermo Perry Rubio, Oscar Hoyos Naranjo, Carlos Lemos Simonds, Rodrigo Lloreda Caicedo, Ignacio Molina Giraldo, Carlos Ossa Escobar y Antonio Yépez Parra.

**“Estructura del Sector:** Precisaron que en este momento el sector SALUD estaba integrado por tres subsectores: (i) El sector oficial, orientado por el Ministerio de Salud, con una estructura en proceso de descentralización y apertura hacia la participación comunitaria. Este subsector que presta sus servicios a través de toda la red hospitalaria de carácter nacional, departamental y municipal, presenta avances en la medicina preventiva, con tarifas subsidiadas, pero con serias limitaciones económicas que sólo le permiten atender el primer nivel. (ii) El subsector de la seguridad social, conformado por el Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Social, que atienden a todos los empleados del sector oficial y a los trabajadores particulares. Es un sector disperso descoordinado y prácticamente al margen del sistema de salud. (iii) El subsector privado, que atiende a las personas de altos recursos, conformado especialmente por las empresas dedicadas a la medicina prepagada.

**Cobertura:**

El análisis acerca de las coberturas muestra el siguiente panorama:

Sector Oficial: Cubre aproximadamente un 40% de la población.

Seguridad Social: Atiene alrededor del 20% de la población.

Medicina privada: Atiende aproximadamente un 15%.

El 25% no dispone de servicios de salud por carecer de recursos para pagarlo.

**Administración.** Se han hecho evidentes los problemas de ineficiencia y mala administración. El propio ISS mantiene una burocracia de más de 25.000 empleados, de los cuales una alta proporción son administrativos.

Según el Estudio Sectorial de Salud nuestro sistema es profundamente inequitativo, los grupos con mayores necesidades de salud reciben menos servicios que el resto de la población.

Mientras tanto el sector productivo incluye como un costo la cotización para la seguridad social, o sea que por la vía de los precios toda la población asume los costos de un sector privilegiado.

Lo mismo podríamos decir que ocurre por vía impositiva, con los servicios para los empleados oficiales”.<sup>240</sup>

Bajo este panorama, concluyen los expositores que: “A la luz de lo anterior y de acuerdo con los recursos actuales, los inconvenientes para la transformación y ampliación del sistema no son tanto de orden financiero, como un problema de

---

<sup>240</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, 1991, p 3

voluntad y política para el cambio y de administración racional, eficiente y honesta”.<sup>241</sup>

Este espectro de la salud en Colombia en 1991, permitió a los Constituyentes de la Comisión Quinta, ya referenciados, exponer a la plenaria las siguientes consideraciones, con miras a obtener la refrendación del texto que venía aprobado por dicha Comisión, y que debía pasar a integrar la nueva Carta Política:

- a) Como primera medida, consideran que es indispensable constitucionalizar el derecho irrenunciable a la seguridad social, el cual debe ser garantizado por el Estado a todos los habitantes del territorio nacional.
- b) En cuanto a la cobertura, advierten que una amplia, comprende a toda la población, y una restringida sólo cubre a los trabajadores.
- c) Respecto de las contingencias previstas, aclaran que la concepción amplia involucra aspectos como recreación, vivienda, desempleo, y otros derechos indispensables a la dignidad del ser humano. Una visión más restringida protege únicamente la salud y los riesgos de invalidez, vejez, sobrevivencia, enfermedad profesional y accidente de trabajo.
- d) Otorgan a la seguridad social la connotación de servicio público solidario, coordinado en sus políticas, descentralizado en su ejecución y con participación ciudadana en sus órganos de gestión y control.
- e) Consideran que por las condiciones del país en ese momento, no es posible un Sistema de Seguridad Social amplio en ambos sentidos, propugnando por un sistema de cobertura universal pero inicialmente limitado a la protección de la salud y a la previsión social.<sup>242</sup>

El texto puesto a consideración de la Plenaria, ya aprobado en la Comisión Quinta de la Asamblea, fue el siguiente:

**“Artículo Segundo.** Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, que incluye el cuidado de la salud y la protección en los casos de enfermedad, maternidad, enfermedad profesional, accidentes de trabajo e invalidez, vejez y muerte.

El Estado en concurrencia con los particulares ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, e incluirá la prestación de otros servicios, con miras a conformar un sistema de seguridad social integral.

---

<sup>241</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, 1991, p. 6

<sup>242</sup> Ibid., p. 4

Toda persona incapacitada para trabajar y que carezca de medios de subsistencia, tiene derecho a la asistencia pública”.<sup>243</sup>

Discutido en primer debate de la plenaria, el artículo propuesto por la Comisión Quinta tuvo severas modificaciones, siendo propuesto en su lugar el siguiente:

**“Artículo 2. Seguridad Social.**

La seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, ciñéndose a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, e incluirá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y bajo la vigilancia y control del Estado.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social en fines diferentes a ésta”.<sup>244</sup>

No obstante, esta normativa sufrió profundas modificaciones, quedando plasmada en el artículo 48 de la nueva Constitución Política de Colombia, así:

“Artículo 48. La seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio que se *prestará* bajo la dirección, coordinación y control del Estado, **en sujeción** a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, *que comprenderá* la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social *para* fines diferentes a *ella*.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.<sup>245</sup>

<sup>243</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, 1991 p. 4

<sup>244</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 109, 1991, p. 7

<sup>245</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, Editorial Legis, 2012, p. 21

Como se puede observar, el primigenio texto aprobado por la Comisión Quinta (i) incluye la salud, la previsión social y la asistencia pública, dentro de la seguridad social; (ii) Define la seguridad social como un derecho irrenunciable; (iii) Tiene como propósito conformar un Sistema de Seguridad Social Integral mediante la integración de otros servicios; (iv) Delega la ampliación de la cobertura de la seguridad social en cabeza del Estado y de los particulares, (v) No contempla destinación específica de los recursos.

El texto aprobado en primer debate de Plenaria, (i) Otorga a la seguridad social la calidad de servicio público; (ii) No especifica que derechos quedan cobijados dentro del concepto de seguridad social; (iii) Incluye los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; (iv) Asigna al Estado y a los particulares, no sólo la ampliación de la cobertura, sino la prestación de los servicios, la cual podrá hacerse mediante entidades públicas y privadas, bajo la vigilancia y control del Estado; (v) Incorpora que los recursos de la seguridad social son de destinación específica.

La norma definitiva consagrada en el artículo 48 de la Constitución de 1991, mantiene la esencia del texto aprobado en primer debate en plenaria, con la novedad que sustrae al Estado de la vigilancia y control de las entidades encargadas de la prestación de los servicios de seguridad social, lo que significa que el Estado entrega en manos de los particulares su administración, con las consecuencias que aparejan los intereses de lucro y ganancia de las empresas privadas que asumen la prestación.

No se puede dejar de mencionar que, durante los debates adelantados al interior de la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente, tanto el ministro González Posso, como la directora del Seguro Social López Montañó y algunos Ponentes de la misma Comisión, eran partidarios de que los temas relacionados con la salud fueran regulados en la Carta Política en un texto autónomo, por fuera de la estructura de la seguridad social. Fue así como distintos delegados allegaron para debate y estudio al interior de la Comisión Quinta, diversos proyectos tendientes a regular la salud como un derecho de especial tratamiento y protección, iniciativa que dio lugar al artículo 49 de la actual Constitución.

Una visión estructurada del texto final de la Constitución de 1991 debe tener en cuenta la composición ideológica de los integrantes de la Asamblea Nacional Constituyente y cómo lentamente, durante los cinco meses de debate, convergieron fuerzas políticas que representaban, de una parte, aunque en minoría, las teorías social-democráticas diseñadas por Beveridge, y de otra, quienes se inclinaban por los postulados

neoliberales emanados del Consenso de Washington, que veían en el poder de la actividad privada la única posibilidad del desarrollo económico y social del país.

Por ello no resulta extraño que, a lo largo del texto final de la Constitución Política de 1991, concurren dos pensamientos diferentes y opuestos. De una parte, la consagración de derechos fundamentales (arts. 11 a 41), así como de derechos sociales, económicos y culturales (arts. 42 a 47 y 50 a 77), derechos colectivos y del ambiente (arts. 78 a 82), y de la protección y aplicación de los derechos (arts. 83 a 88), emanados del pensamiento socialdemócrata representado por los delegados de AD M-19, la UP, un sector del Partido Liberal, e incluso un sector del Movimiento de Salvación Nacional, y de otra, la constitucionalización de la libre competencia, la libre empresa (art. 333), la delegación en los particulares del desarrollo de los monopolios estatales (art. 336) y la prestación de los servicios públicos (arts. 365 y 366), entre ellos la salud (art. 49) y la seguridad social (art. 48), por parte de los particulares, medidas todas estas impulsadas desde el pensamiento neoliberal.

El texto más relevante en materia de salud, aprobado por la Comisión Quinta, y que fue llevado posteriormente a Plenaria para primer debate, es el siguiente:

“La salud es un derecho de los ciudadanos. Se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán aplicando políticas que armonicen y coordinen participación del Estado y la iniciativa privada, respondiendo a principios de solidaridad social, jerarquización, descentralización, atención integral y participación comunitaria. El Estado vigilará la prestación de servicios de salud por entidades o personas privadas”.<sup>246</sup>

Una vez puesto en consideración de la plenaria, y teniendo en cuenta argumentos de los delegatarios de las diferentes Comisiones, el artículo antes transcrito fue aprobado en Plenaria, no sin antes sufrir profundas modificaciones, que dieron origen al texto que a continuación se transcribe:

**“Artículo 3. Derecho a la salud.**

La atención de la salud y el saneamiento ambiental es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

---

<sup>246</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 83, 1991, p 37

## PROCESO DE ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO 48 CONSTITUCIONAL

Texto aprobado en Comisión Quinta	Texto aprobado en primer debate en Plenaria	Texto aprobado en Segundo debate en Plenaria, definitivo art. 48
<p>Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, que incluye el cuidado de la salud y la protección en los casos de enfermedad, maternidad, enfermedad profesional, accidentes de trabajo e invalidez, vejez y muerte.</p> <p>El Estado en concurrencia con los particulares ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, e incluirá la prestación de otros servicios, con miras a conformar un sistema de seguridad social integral.</p> <p>Toda persona incapacitada para trabajar y que carezca de medios de subsistencia, tiene derecho a la asistencia pública.</p>	<p>La seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, ciñéndose a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.</p> <p>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, e incluirá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.</p> <p>La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y <b>bajo la vigilancia y control del Estado.</b></p> <p>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social en fines diferentes a ésta.</p>	<p>La seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio que se <b>prestará</b> bajo la dirección, coordinación y control del Estado, <b>en sujeción</b> a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.</p> <p>Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.</p> <p>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, <b>que comprenderá</b> la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.</p> <p>La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.</p> <p>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social <b>para</b> fines diferentes a <b>ella.</b></p> <p>La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.</p>

Fuente: Gacetas Constitucionales 78, 85 y 109 Asamblea Nacional Constituyente.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud de los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, determinar los aportes y competencias a cargo de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley.

La organización de la salud se hará de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley determinará los términos en los cuales la atención básica será gratuita y obligatoria para todos los habitantes.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.<sup>247</sup>

Este texto sirvió de base para la posterior aprobación en segundo debate de la plenaria del texto definitivo que hoy se conoce como artículo 49 constitucional, que a la letra dice:

**“Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención

básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.<sup>248</sup>

El texto originalmente presentado por la Comisión Quinta a la plenaria de la Asamblea Nacional Constituyente no se ocupaba del saneamiento ambiental; por lo tanto, la incorporación en la norma final de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, es fruto de consensos alcanzados en la plenaria. Es importante destacar que la salud, en el texto definitivo del artículo 49, pasa de ser un

<sup>247</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 109, 1991, p. 7

<sup>248</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Op. Cit., ps. 23 y 24.

## PROCESO DE ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO 49 CONSTITUCIONAL

Texto aprobado en Comisión Quinta	Texto aprobado en primer debate en Plenaria	Texto aprobado en Segundo debate en Plenaria, definitivo art. 49
<p>La salud es un derecho de los ciudadanos. Se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán aplicando políticas que armonicen y coordinen participación del Estado y la iniciativa privada, respondiendo a principios de solidaridad social, jerarquización, descentralización, atención integral y participación comunitaria. El Estado vigilará la prestación de servicios de salud por entidades o personas privadas</p>	<p>Derecho a la salud. La atención de la salud y el saneamiento ambiental es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud de los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, determinar los aportes y competencias a cargo de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley. La organización de la salud se hará forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley determinará los términos en los cuales la atención básica será gratuita y obligatoria para todos los habitantes. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad</p>	<p>Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad</p>

Fuente: Gacetas Constitucionales Nos. 83 y 109, Asamblea Nacional Constituyente.

derecho, tal como se había propuesto en la Comisión Quinta, a ser definida como un servicio público.

El definitivo artículo 49 delata con mayor elocuencia el sesgo neoliberal impreso en buena parte de la Constitución Política de Colombia, con la visión de constituir en un negocio lucrativo a la salud, hasta el punto que el Estado se despoja de su obligación de prestar dicho servicio y ejercer su vigilancia y control, para dar vía libre a la incursión de capitales privados, tanto nacionales como extranjeros, en la prestación de un servicio de primerísima necesidad, dejando la salud del pueblo colombiano para ser tranzada en un mostrador a manos del mejor postor.

Para Jairo Estrada Álvarez, “el orden neoliberal construido en Colombia durante los últimos quince años, aunque se revela como un orden constituido en el espacio nacional estatal según las reglas de la democracia liberal, es –en sentido estricto– , expresión de un proyecto constitucional que bien puede caracterizarse como la constitución política del mercado total”.<sup>249</sup>

En este punto es importante precisar que la incorporación de todo el catálogo neoliberal en la Constitución Política de 1991, de ninguna manera puede ser atribuido a la inexperiencia política de buena parte de los Delegados a la Asamblea Nacional Constituyente, como tampoco fue resultado de unos consensos inesperados y sorprendidos, porque este modelo constitucional ya se venía gestando desde mediados de la década de los 70, y perfeccionando a finales de la década de los ochenta, con las recomendaciones, como ya se ha dicho, del Consenso de Washington, durante la administración de Virgilio Barco Vargas (1986-1990).

Bocanegra Acosta ha dicho que, “La reforma política y constitucional de 1991, impulsada y consumada en los Gobiernos de Virgilio Barco y César Gaviria, constituyen el instrumento más importante de la adecuación de las instituciones político-jurídicas y socioeconómicas al modelo neoliberal. La Constitución Política resultante de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, incorpora el modelo aperturista y privatizador, sin importar, que en forma ambigua y contradictoria, acompañe su articulado con las teorías del Estado Social de Derecho, del

---

<sup>249</sup> ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. La Constitución Política del mercado total. EN: ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo, Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia, p. 248. EN: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101019091830/9Alvarez.pdf>

intervencionismo de Estado, de la función social de la propiedad, traídas de la vieja Constitución, que desprestigiaron y violaron, para dar paso a la actual”.<sup>250</sup>

Los proyectos de reforma constitucional presentados por los grupos minoritarios, de corte más social-demócrata, no encontraron eco en las mayorías de la Asamblea, porque sus propuestas chocaban con los intereses de las empresas privadas, que dentro de los Delegatarios tenían representación, lo cual se desprende de la afirmación de Perry, ya antes anotada, que sostiene que quedó en evidencia “quienes venían simplemente a hacer mandados para algún grupo o región”.<sup>251</sup>

El neoliberalismo ancló en el territorio colombiano, contando desafortunadamente con un catálogo constitucional que lo ampara, una serie de medidas maquilladas bajo el ropaje de Estado Social de Derecho, las cuales son enumeradas juiciosamente por Henry Bocanegra, así: (i) Internacionalización y apertura de la economía; (ii) Defensa de la propiedad privada; (iii) Libre empresa y la libre competencia; (iv) Abolición de monopolios estatales y reconocimiento de los monopolios privados; (v) Privatización de los servicios públicos y de las empresas del Estado; (vi) Autonomía del Banco de la República; (vii) Impulso a la descentralización administrativa, imponiendo más cargas a los municipios y disminuyendo sus recursos presupuestales.<sup>252</sup>

Salomón Kalmanovitz considera que “el tipo de compromiso plasmado en la Constitución entre intereses liberales, conservadores y socialdemócratas no logró constituir un Estado capaz de hacer efectivos los principios de la democracia liberal. Se preocupó más por intereses particulares que por la articulación del todo y la defensa del interés público. Hubo demasiados artículos que buscaban predeterminedar el futuro de la sociedad aprovechando la gran ocasión, y no por establecer las reglas para que la sociedad de cada época pudiera resolver sus conflictos a su manera. Hubo también mayor énfasis en la distribución y apropiación de rentas, y descuido de las condiciones para crear riqueza”.<sup>253</sup>

---

<sup>250</sup> BOCANEGRA ACOSTA, Henry. Op. Cit., p 33.

<sup>251</sup> PERRY RUBIO, Guillermo, OP. Cit., p. 225

<sup>252</sup> BOCANEGRA, ACOSTA, Henry, Op. Cit., p 33

<sup>253</sup> KALMANOVITZ, Salomón. Constitución y modelo económico. EN: Diez años de la Constitución colombiana, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, 2001, p. 118

#### 4. CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA ENTRE 1991 Y 2010

Una vez elaborada la nueva Constitución Política de Colombia, los Delegatarios de la Asamblea Nacional aprobaron 60 artículos transitorios que ordenaban el desarrollo legislativo de algunas de las normas allí contenidas, estableciendo el artículo 57 transitorio, lo siguiente: “El Gobierno formará una comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales, para que en un plazo de ciento ochenta días a partir de la entrada en vigencia de esta Constitución, elabore una propuesta que desarrolle las normas sobre seguridad social. Esta propuesta servirá de base al Gobierno para la preparación de los proyectos de ley que sobre la materia deberá presentar a consideración del Congreso”.<sup>254</sup>

Es importante tener en cuenta que el artículo 57 Transitorio fue propuesto y aprobado en la Comisión Quinta de la Asamblea Nacional Constituyente dentro de la ponencia denominada Finalidad Social del Estado y Seguridad Social, y su texto original es el siguiente; “El Gobierno conformará una comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales, la cual elaborará en un plazo de 180 días a partir de la vigencia de esta Constitución, una propuesta para ser sometida al Gobierno, el cual presentará un proyecto a consideración del órgano legislativo para desarrollar el Sistema de Seguridad Social *Integral*”.<sup>255</sup> (Resalto fuera de texto)

Comparados los dos textos, se observa que el espíritu inicial del Constituyente fue el de ordenar al legislador el desarrollo de la seguridad social *integral*, la cual comprende pensiones, previsión social, asistencia pública y salud, pero desafortunadamente en el ir y venir de los debates se suprimió la palabra *integral*, quedando entonces sembrada la idea de que lo que el legislador debía regular era únicamente la seguridad social en materia pensional.

<sup>254</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 127, 1991, p. 32

<sup>255</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 78, 1991, p. 5

Conformada la Comisión de que trata el artículo 57 transitorio de la Carta Política de 1991, ésta se dividió en cuatro áreas de trabajo encargadas de estudiar los temas relativos a: (i) Organización, administración y financiamiento de la seguridad social; (ii) Salud integral, enfermedad general y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional; (iii) Recreación, asignaciones familiares, menor y tercera edad; y (iv) Seguros de desempleo y régimen de seguros obligatorios y prestaciones económicas (invalidez, vejez y muerte). William Manuel Vega afirma que: “sus miembros laboraron durante los últimos meses de 1991 y el primero de 1992”.<sup>256</sup>

Siguiendo los mandatos del artículo 57 Transitorio, el Gobierno nacional, organizaciones gremiales y sindicales del sector de la seguridad social, la academia y la comunidad, presentaron propuestas para regular lo relativo con la seguridad social, las cuales fueron allegadas a la Comisión conformada por el Gobierno. Vega Vargas y cols, refieren que “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. 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 fue sometido durante la existencia de la ANC”.<sup>257</sup>

#### **4.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -LEY 100 DE 1993-**

El artículo 57 Transitorio de la Constitución Política de Colombia, en su forma y contenido no direcciona el modelo de seguridad social que debía implementarse en Colombia, pero más allá del texto escrito, la filosofía inserta en la nueva Constitución era de corte eminentemente neoliberal, tal como se ha venido sosteniendo, por lo que era de esperarse que las propuestas presentada al Gobierno por la Comisión integrada para la elaboración de la ley de seguridad social, debían mantener dichos principios.

No se puede desconocer que la Constitución de 1991 abrió las compuertas para introducir en la ley 100 de 1993 los postulados neoliberales en materia de salud, permitiendo en este campo la privatización de la prestación de sus servicios, el arribo

<sup>256</sup> VEGA VARGAS, William Manuel. Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. Tesis de Grado, Magister en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Op. Cit., p. 161

<sup>257</sup> VEGA VARGAS, Manuel y Cols. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: Aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. Revista Gerencia Política y Salud No. 11. Bogotá, 2012, Op. Cit., p. 62

de capitales extranjeros, la desregulación del sistema, la sujeción a los vaivenes de la oferta y la demanda y la eliminación de los subsidios, medidas éstas que fueron diseñadas por la Escuela de Chicago, bajo las enseñanzas de Milton Friedman y Friedrich von Hayek hacia mediados de la década de los 70 del siglo XX, e implementadas especialmente en Chile bajo la dictadura de Augusto Pinochet, fueron consultadas por los tecnócratas del Departamento Nacional de Planeación de Colombia en 1992, a cuya cabeza se encontraba Juan Luis Londoño de la Cuesta, quien se había formado en ese modelo neoliberal en Harvard.

Como lo advierte Everaldo Lamprea, finalizando la década de los ochenta, el proyecto de instaurar un modelo de seguridad social bajo los principios diseñados en Inglaterra por Beveridge en la década de los cuarenta, modelo que se rige por los principios de universalidad y solidaridad social, no había sido acogido por Colombia.<sup>258</sup> Ahora bien. “Para los inicios de la década de los noventa tal como quedó registrado en las deliberaciones de la ANC- existía un consenso extendido entre los tomadores de política pública sobre la necesidad de abandonar el modelo de seguridad social en el cual el Estado monopolizaba el aseguramiento y la prestación. En contraste, se estimaba que el ingreso del capital privado y de la sociedad civil en los esquemas de aseguramiento y prestación de la seguridad social podía enmendar algunas de las fallas estructurales del sistema de aseguramiento social en Colombia”.<sup>259</sup>

Las propuestas sobre seguridad social presentadas por la Comisión creada por el artículo 57 Transitorio de la Constitución Política, al decir de la Corte Constitucional, eran “simplemente una manifestación o invitación, mas no [constituían] una obligación de hacer”.<sup>260</sup> Sin embargo, el Ministro de Trabajo en su momento (1992), Luis Fernando Ramírez Acuña, informó a la Corte Constitucional que: “Como conclusión de su trabajo, la mencionada Comisión elaboró a través de sub-comisiones, cuatro (4) memorandos con las respectivas propuestas [...]. Posteriormente, el señor ministro de Trabajo y Seguridad Social presentó el proyecto de ley por el cual se crea el Sistema de Ahorro Pensional..., distinguido con el No. 155 de 1992, teniendo en cuenta varias de las conclusiones de la Comisión de que trata el artículo transitorio 57 de la Constitución”.<sup>261</sup>

---

<sup>258</sup> LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo, Op. Cit, p. 13

<sup>259</sup> Ibid., ps. 13 y 14

<sup>260</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia C-072 de 1995. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/C-072-95.htm>

<sup>261</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia C-072 de 1995.

En efecto, las iniciativas presentadas por la Comisión encargada de los temas de la salud, no fueron tenidas en cuenta por el Gobierno Nacional, y en su lugar encargó el asunto a un grupo de tecnócratas neoliberales del Departamento de Planeación Nacional liderado por Juan Luis Londoño de la Cuesta, junto con Nelcy Paredes Cubillos, los cuales elaboraron un proyecto encaminado a regular el sistema pensional, siguiendo el nuevo modelo chileno implantado por Pinochet, de corte privatizador, radicado el 29 de septiembre, al cual correspondió el número 155 de 1992 Senado.<sup>262</sup>

Previendo Gaviria la oposición que podría tener el proyecto de ley 155 Senado, presentado a consideración del Congreso de la República el 29 de septiembre de 1992, en especial en la Comisión Séptima en donde tomaban asiento fuerzas de oposición, “introdujo una serie de cambios estratégicos en los ministerios de salud y trabajo que fueron claves para impulsar la reforma del gobierno”.<sup>263</sup> En reemplazo de la ministra de Trabajo, María Teresa Forero de Saade, del Partido Liberal y de tendencia socialdemócrata, nombró el 4 de julio a Luis Fernando Ramírez Acuña, quien ocupaba el cargo de subdirector de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, y en reemplazo del ministro de salud Camilo González Posso, de la Alianza Democrática M-19, quien había ejercido como tal entre el 26 de octubre de 1990 y el 3 de julio de 1992, nombró a Gustavo de Roux, también del M-19, quien luego de 4 meses fue reemplazado el 29 de noviembre de 1992 por Juan Luis Londoño de la Cuesta, que venía apoyando la reforma del gobierno desde el Departamento Nacional de Planeación, y quien la impulsó hasta su final aprobación como ley 100 de 1993.

Paralelo a la presentación del Proyecto gubernamental, las organizaciones sindicales presentaron a consideración del Congreso un Proyecto de Ley de iniciativa popular para expedir el Estatuto del Trabajo, proyecto este último al que el Congreso debía dar prelación para su estudio, por su origen popular y por tratarse de un desarrollo de derechos fundamentales, lo cual relegaría a un segundo plano el estudio del proyecto de ley presentado por el Gobierno.

El Gobierno Nacional, no obstante, el panorama social, económico y político que rodeaba el ambiente reformador, insistió en que la privatización, el aseguramiento individual siguiendo el modelo chileno, y la libre competencia entre aseguradores, era

---

<sup>262</sup> ALZATE MORA, Daniel. Las formas jurídicas (pos) neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-estructuras del derecho útil al capital. Bogotá, Universidad del Rosario, 2014, Op. Cit., p. 156

<sup>263</sup> Ibid., p. 158

el camino óptimo para garantizar tanto la financiación de la prestación de los servicios como la ampliación de la cobertura. Este choque de trenes condujo, de una parte, a la renuncia el 8 de octubre de 1992 de la directora del ISS, Cecilia López Montaña, prominente directiva del Partido Liberal, y de otra, al retiro del M-19 de su participación en el gobierno el 23 de noviembre de 1992, y a la consecuente renuncia del ministro de Salud Gustavo De Roux, perteneciente a la Alianza Democrática M-19, quien había reemplazado al ministro Camilo González Posso.

El 8 de octubre de 1992, la directora del Instituto de Seguros Sociales, Cecilia López Montaña, adujo en su renuncia que el proyecto que se puso a consideración del legislativo, implicaba asumir un costo fiscal gigantesco que no se justificaba. El presupuesto nacional tendría que cubrir el costo de la transición a un nuevo sistema para beneficiar sólo a un 15 por ciento de la población. Cecilia López sostuvo lo siguiente: “Estimo que el proceso de discusión de las reformas no se ha apartado de lo que razonablemente sucede en estas ocasiones: hay ideas e intereses encontrados que las personas y las instituciones defienden, a veces con ahínco, como yo lo he hecho. [...] Debo expresar mi completo desacuerdo con una posible reforma al régimen de salud diseñado sobre el mismo esquema del propuesto para las pensiones; esto llevaría a una segmentación de los servicios aún más severa de la que hoy sufre el país”.<sup>264</sup>

Mes y medio más tarde, el 23 de noviembre de 1992, la Alianza Democrática M-19 (AD M-19), decidió retirarse del Gobierno, entre otras razones, por no compartir su política de seguridad social, para la que este movimiento pedía mayor inversión. Como lo refiere El Tiempo, luego de más de tres horas de reunión con el M-19, el presidente Gaviria “les habló de la apertura política que se había hecho realidad en este gobierno; de las coincidencias que tenía con esa agrupación en materia de salud, especialmente; y les recordó que ellos habían sido producto de un exitoso proceso de paz en razón a que siempre demostraron voluntad para dialogar”.<sup>265</sup> Extrañamente El Tiempo alude a las coincidencias en materia de salud entre el gobierno y el M19, ya que sus posturas eran bien distantes, el primero propugnando por la privatización y el segundo por la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a cargo del Estado.

---

<sup>264</sup> EL TIEMPO, Renunció Directora del Seguro Social, 9 de octubre de 1992. EN: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-219910>

<sup>265</sup> EL TIEMPO, AD-M-19 SE VA DEL GOBIERNO. 24 de noviembre de 1992, Bogotá, Hemeroteca Nacional, pag. 6A.

Antonio Navarro Wolf, en el comunicado enviado al presidente para anunciar el retiro del M-19 del Gabinete, expone lo siguiente: “[...] En julio de 1992 firmamos un acuerdo que lo compromete a usted a concertar la política social sin que ello se haya realizado. [...] Volvamos a la sintonía con el país nacional que quiere menos política y más cambios. Reencontremos el camino de las reformas democráticas que fueron la base de su popularidad en el primer año de Gobierno. Para ello, presentamos dos campos de acuerdo, a saber: Primero, hagamos la concertación en la seguridad social, como lo manda la Constitución, incluyendo en ella el proyecto de pensiones actualmente en curso en el Congreso [...]”.<sup>266</sup>

En consecuencia, el ministro de salud Gustavo De Roux, presentó renuncia a su cargo, y en su reemplazo fue nombrado a finales del mes de noviembre de 1992, Juan Luis Londoño De La Cuesta, asiduo defensor del modelo chileno y de las ideas neoliberales de Friedrich Von Hayek, y de Milton Friedman, de la Escuela de Chicago y, por lo tanto, de las políticas privatizadoras en todas las áreas de los servicios públicos, entre ellas la salud, y de la apertura de los mercados.

El Gobierno había optado, entre tanto, por enviar al Congreso *Mensaje de Urgencia* el 20 de octubre de 1992, para que diera trámite de manera prioritaria al Proyecto de Ley 155, obviando el debate separado en las Comisiones Séptimas de Cámara y Senado, las cuales debían, de conformidad con el mensaje de urgencia, reunirse de manera conjunta para darle primer debate. Ante esta situación, el Senador Everth Bustamante García, de la Alianza Democrática M-19, integrante de la Comisión de Ponentes, no suscribió la ponencia presentada por el coordinador de ponentes, Álvaro Uribe Vélez, argumentando lo siguiente:

“Es natural que un tema de tan enorme trascendencia para el futuro del país ocasionara apasionados debates y toma de posiciones en algunos casos bien polarizadas. Tal vez por ello este sea uno de los Proyectos cuyo trámite se haya visto bastante afectado por un buen número de circunstancias imprevistas. Mensaje de urgencia del Ejecutivo que no contó en el ámbito parlamentario con los efectos esperados; presiones externas intentando hacerle creer a la opinión pública mediante comerciales de televisión que los fondos privados de pensiones ya eran realidad; extralimitación de funciones y desconocimiento de la competencia y soberanía del legislativo por parte del señor Ministro de Trabajo [...]; ausencia de garantías a la Misión de Expertos de la O.I.T. que no pudo reunirse con los ponentes del proyecto porque sus

---

<sup>266</sup> EL TIEMPO, AD-M-19 SE VA DEL GOBIERNO. Carta al Presidente, Op. Cit., p. 6A

integrantes recibieron graves amenazas y tuvieron que salir intempestivamente del país; viajes a Chile financiados por fundaciones interesadas y finalmente un texto de ponencia y pliego de modificaciones cuya versión final todavía sigue reformándose seis (6) días después de haberse firmado otra versión en solemne acto publicitario en el Palacio Presidencial el pasado 13 de mayo”.<sup>267</sup>

Como lo denuncia Bustamante,<sup>268</sup> el proyecto gubernamental estuvo rodeado de un sinnúmero de anomalías a la hora de adelantarse el debate, y presentó vicios bastante relevantes, que opacaron la transparencia y pulcritud del proceso legislativo. Llama especialmente la atención los comentados viajes a Chile, ya que allí operaba un sistema de pensiones manejado por los Fondos Privados de Pensiones, lo que conlleva a deducir que la intención de los viajeros no era otra que ilustrarse de manera exhaustiva sobre el modelo pensional chileno.

Pese a no suscribir la Ponencia, el Senador Bustamante pone de presente la necesidad de adecuar el proyecto a la realidad y a las necesidades del país, no atendiendo el mensaje de urgencia enviado por el Gobierno y escuchando a todos los sectores interesados en el tema, y propone la elaboración de una ley general que contenga “las prestaciones económicas, la atención en salud y los programas sociales complementarios, la preservación del Instituto de los Seguros Sociales, la libertad de elección del trabajador, la reducción de los requisitos exigidos en el proyecto gubernamental para acceder a la pensión y el diseño de un esquema institucional más amplio para la prestación del servicio”.<sup>269</sup>

Vale la pena aclarar que en la ponencia para primer debate al proyecto de Ley 155 de 1992 Senado, el Gobierno Nacional enfatiza en la crisis generalizada que viven los sistemas de seguridad social en el mundo en materia pensional; no obstante, pone de presente el éxito del modelo chileno basado en un sistema de capitalización individual, administrado por Fondos de Pensiones de carácter privado, al cual no concurren ni el gobierno ni los empresarios.<sup>270</sup> delineando su postura eminentemente privatizadora.

El Proyecto de Ley 155 del 29 de septiembre de 1992 Senado fue considerado, merced al Mensaje de Urgencia e insistencia del Gobierno, como prioritario en el debate que

---

<sup>267</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo IV, 1993, p. 13

<sup>268</sup> Ibid. p. 13

<sup>269</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo IV, Op. Cit. p. 14

<sup>270</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 130, 1993, p. 19

debía adelantar el Congreso, y para mayor ilustración se organizaron diversos foros regionales que, por un lado, mostraron su inconformidad con la exclusión de los servicios de salud dentro del proyecto gubernamental, y de otra, propusieron su incorporación en el mismo.

Los debates adelantados para la discusión del Proyecto de Ley 155 Senado, se vieron alimentados por propuestas presentadas por diferentes sectores de la comunidad, y la discusión fue tan intensa que del seno del mismo gobierno surgieron tres ideas reformatorias formuladas de manera separada por el Ministro de Salud Camilo González Posso, por el Departamento Nacional de Planeación a través de Juan Luis Londoño De La Cuesta, y por el Instituto de Seguros Sociales en cabeza de su directora Cecilia López Montaña.

La propuesta presentada por el ministro de Salud González Posso, como cuota de la AD M-19, abogaba por una administración descentralizada por regiones, pero con financiación unificada; por el fortalecimiento de la red de hospitales públicos y de los programas de atención primaria; por la creación del seguro nacional de salud - SESAN-, y de un fondo de solidaridad nacional que evitara, tanto la selección adversa, como la inequidad entre regiones y agentes.<sup>271</sup>

El documento del Departamento Nacional de Planeación, -DNP-, liderado por Juan Luis Londoño De La Cuesta, economista formado en la Universidad de Harvard, defensor de las ideas neoliberales quien, al decir de Everaldo Lamprea, había adoptado el vocabulario implementado por el Banco Mundial,<sup>272</sup> proponía un aseguramiento individual bajo el modelo chileno instaurado durante la dictadura de Pinochet, que contemplaba subsidios a la demanda para la población de menores recursos, instauración de la libre competencia tanto entre aseguradores como prestadores, de carácter público y privado, creación de dos subsistemas para la atención de la comunidad: uno para los trabajadores asalariados y sus familias, administrado por aseguradoras públicas y privadas, y otro, subsidiado y de carácter público, para la cobertura de la población pobre.<sup>273</sup> Igualmente propendía esta propuesta por el marchitamiento de la red nacional hospitalaria de carácter público, para trasladarla a las empresas privadas.

---

<sup>271</sup> VEGA VARGAS, Manuel y Cols., Op. Cit, p. 62

<sup>272</sup> LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo, Op. Cit., p. 14

<sup>273</sup> VEGA VARGAS, Manuel y cols., Op. Cit., p. 63

También fueron notables las propuestas de reforma presentadas por la directora del ISS Cecilia López Montaña, “que formaba parte de una facción liberal liderada por Ernesto Samper, que se oponía a la línea aperturista radical representada por el presidente Gaviria”.<sup>274</sup> Esta propuesta estuvo encaminada al establecimiento de un seguro de cobertura nacional, descentralizado y público, que ampliara la cobertura a toda la población, la cual contribuiría de acuerdo con su capacidad de pago, sean asalariados o trabajadores independientes. Los no asalariados recibirían subsidios totales o parciales. Adicionalmente, en la propuesta del ISS se contemplaba la libre elección del prestador y la competencia entre las entidades públicas y privadas.<sup>275</sup> Estas iniciativas fueron respaldadas de manera integral por la Central Única de Trabajadores -CUT-, la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas -ANTHOC- y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia -ANEC-, y de modo parcial por la Asociación Médica Sindical -ASMEDAS- y por la Asociación de Facultades de Medicina -ASCOFAME-.<sup>276</sup>

Esta aseveración puede parecer que entra en contradicción con lo expresado por la directora del ISS en la Asamblea Nacional Constituyente el 2 abril de 1991, pero una lectura integral de su intervención da buena cuenta de su posición en contra de la privatización, y así lo expresa, se reitera, cuando señala que “la seguridad social tiene que ser solidaria, que es un punto muy importante porque esto se pierde cuando se privatiza la seguridad social”.

El partido conservador, con la vocería del Representante a la Cámara, Jaime Arias Ramírez, médico salubrista y defensor de las ideas neoliberales, propuso la vinculación al sistema de seguridad social en salud mediante tres modalidades: Seguros privados, seguro social y protección pública, y la inclusión de agencias de aseguramiento dentro de la libre competencia. Esta propuesta fue ampliamente respaldada por la Asociación de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, que agrupa a todas las EPS, con la inclusión del modelo de focalización, que también era una réplica del modelo chileno.

El FES<sup>277</sup>, por su parte, a través del IFL<sup>278</sup>, bajo el liderazgo de Francisco Yépez Lujan, (médico, doctor en Salud Pública de Harvard y seguidor de las propuestas del

---

<sup>274</sup> VEGA VARGAS, Manuel y cols., Op. Cit., p 63.

<sup>275</sup> VEGA VARGAS, William Manuel. Op. Cit., p. 162.

<sup>276</sup> VEGA VARGAS, Manuel y Cols., Op. Cit., ps 63 y 65

<sup>277</sup> FES (Fondo de Educación Superior, entidad de carácter privado)

<sup>278</sup> IFL (Instituto FES de Liderazgo)

Banco Mundial y exdirector del Estudio Sectorial de Salud), presentó un proyecto diseñado por académicos, parlamentarios, alcaldes y trabajadores del sector salud, en el cual 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, la conversión del ISS en dos empresas independientes encargadas de atender seguros de salud y seguros económicos”.<sup>279</sup>

Puestos sobre la mesa los diferentes documentos y planteamientos en torno a las modificaciones que debían ser implementadas para la reforma de la seguridad social, se enfrentaron dos lineamientos políticos radicalmente opuestos. De una parte, el presidente Gaviria, que apoyado por los técnicos y el Director del Departamento Nacional de Planeación Juan Luis Londoño De La Cuesta y por los técnicos de dicho Departamento, con especial figuración de Nelsy Paredes Cubillos, proponía la privatización de la seguridad social; y de otra, posturas como las de la AD-M19, un sector del partido liberal, los sindicatos, las asociaciones de médicos, enfermeras y trabajadores hospitalarios, y la Directora del ISS, quienes propugnaban por una participación activa del Estado en la prestación del servicio de salud, regionalización de su prestación y cobertura universal.

Para 1992, Colombia entraba en una ruptura del viejo modelo político bipartidista (liberal-conservador), porque habían aparecido en escena nuevas corrientes partidistas tales como el M-19 y la Unión Patriótica, de tendencia social-demócrata, así como el Movimiento de Salvación Nacional, que por ser de origen conservador se inclinaba por una política eminentemente neoliberal, a la cual se unían los partidos tradicionales liberal y conservador.

Pese a que a partir de 1991 Colombia contaba con una nueva Constitución Política, la cual sembró en la conciencia colectiva el anhelo de paz, los problemas de la violencia generada por el auge del narcotráfico y de la guerrilla, que se alimentaba de aquel, se intensificaron, hasta el punto de penetrar la estructura del Estado, la clase empresarial, los partidos políticos, y el común del pueblo colombiano.

No se puede perder de vista, como ya se ha dicho, que la Constitución de 1991 es eminentemente neoliberal, y que el primer ejecutor de sus políticas fue precisamente su gestor, César Gaviria Trujillo, quien iniciado su gobierno en 1990, emprende una serie de reformas, que tenían aval en dicha Constitución, tales como la participación

---

<sup>279</sup> VEGA VARGAS, William Manuel, Op. Cit., ps. 161 y 162

del sector privado en la prestación de los servicios públicos, la privatización de las empresas del Estado, especialmente en los sectores eléctrico y de comunicaciones<sup>280</sup>, la reducción de aranceles, el ajuste fiscal, la reducción de los salarios y de las garantías de los trabajadores, entre otras.

Londoño De La Cuesta, en su calidad de Ministro de Salud, se da a la tarea de poner en consideración del Congreso la reforma a la seguridad social en salud, como parte del proyecto que daría lugar a la ley 100 de 1993, adicionando al primigenio texto de reforma pensional, lo relativo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, entrando en un análisis del articulado para presentar sus observaciones y modificaciones.

Las propuestas de Londoño estaban influidas por el documento producido a finales de la década de los 90 por el Banco Mundial denominado “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma,”<sup>281</sup> sobre cuyas bases elaboró más adelante, en 1997, el modelo que denominó pluralismo estructurado, actuando como funcionario de dicho organismo internacional.

En dicho documento expone el Banco Mundial, para justificar las medidas que deben adoptar los países en vías de desarrollo a fin de modificar el financiamiento de los servicios de salud, que el mecanismo idóneo para evitar un déficit presupuestal mayor, es contraer el gasto público, más aún teniendo en cuenta las dificultades para allegar recursos provenientes del endeudamiento o de los impuestos.<sup>282</sup>

Propone el BM, la reducción de la responsabilidad del gobierno en cuanto a la atención de la salud de los ricos, para trasladar dichos recursos a la atención de la salud de los pobres, debiendo combinarse la provisión de estos servicios entre el sector público y el sector privado. Sostiene que uno de los graves problemas que afectan el funcionamiento del sector salud, se presenta por el “empeño de los gobiernos en sufragar todos los costos de una atención universal de salud recurriendo a los ingresos fiscales generales”.<sup>283</sup>

---

<sup>280</sup> OCAMPO, José Antonio. Op. Cit., ps. 512 y 513.

<sup>281</sup> BANCO MUNDIAL. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. EN: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, p. 695

<sup>282</sup> Ibid, 697

<sup>283</sup> Ibid., p.698

Igualmente, plantea el Banco Mundial 4 políticas de financiamiento de los servicios de atención de la salud, a saber: 1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud. 2. Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos. 3. Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales, y 4. Descentralización de los servicios de salud gubernamentales.<sup>284</sup>

Respecto del cobro de aranceles a los usuarios, Oscar Rodríguez Salazar señala que “así se liberan los recursos a los pobres que serán ‘certificados’ por algún mecanismo, con lo cual hacia adelante primará la focalización de los asistidos, en vez de la universalización del derecho a la salud”,<sup>285</sup> en tanto que “los seguros deben contener los costos de los tratamientos y no generar atenciones indiscriminadas y costosas”<sup>286</sup>

La tercera recomendación, expone Rodríguez Salazar, claramente sustrae al gobierno nacional de la financiación de los servicios de salud, trasladando dicha obligación a los particulares, “los cuales reemplazarían a un Estado en retirada parcial”.<sup>287</sup> Por su parte, la descentralización, genera una mayor fragmentación en la prestación del servicio, dado que los municipios pobres no tienen la capacidad financiera para instalar en debida forma la infraestructura y los equipos médicos y tecnológicos requeridos para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes, y abre las compuertas a una ampliación del mercado que va a ser cubierta por las empresas privadas.

El 14 de mayo de 1993 se radicó oficialmente la ponencia para primer debate del Proyecto de Ley 155/92 Senado y 2004/92 Cámara, junto con el Pliego de Modificaciones presentado por los ponentes de las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a las que les correspondía conocer de los temas relacionados con la seguridad social, documento que se encuentra publicado en la Gaceta del Congreso No. 130 del mismo mes y año.

Las Comisiones Conjuntas Séptimas de Senado y Cámara inician el primer debate el 18 de mayo de 1993, con la lectura y discusión del Pliego de Modificaciones, bajo la presidencia de Fernando Botero Zea, debate que concluyó el 14 de junio del mismo año con la aprobación del texto unificado del Proyecto de Ley denominado “Sistema

---

<sup>284</sup> BANCO MUNDIAL, Op. Cit., ps 699 a 705

<sup>285</sup> RODRÍGUEZ SALAZAR, Oscar. La protección social bajo el reino del mercado, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2017, p. 205

<sup>286</sup> Ibid., ps. 205 y 206

<sup>287</sup> Ibid., p. 206

de Seguridad Social Integral”, el cual entraría a segundo debate en las Plenarias de Senado y Cámara, de forma separada.

Los Ponentes para primer debate consideraron que el sistema de salud imperante en ese momento en Colombia adolecía de una cobertura insuficiente, inequidad, ineficiencia, y de una marcada fragmentación institucional, todo lo cual hacía necesaria una reorganización del sistema imperante, correspondiendo al Estado la tarea de garantizar los servicios de salud a través de un marco normativo coherente que incorpore los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia como sus pilares fundamentales.

Estos sostienen que: “La principal carencia que pretende enfrentar el proyecto es la falta de **universalidad** del sistema actual. Para lograr este propósito, se han diseñado instrumentos para obtener una cobertura total de la población en un plazo bastante razonable. Con tal fin se propone la obligatoriedad de la afiliación al Sistema de Seguridad Social, ampliar la cobertura de la afiliación a la familia, y la puesta en práctica de un sistema de subsidios directos que permita a la población más pobre vincularse al sistema, a través de sus instituciones”.<sup>288</sup>

Al decir de los ponentes, al principio de universalidad se deben aparejar los de integralidad y solidaridad, ya que éstos garantizan la mayor afiliación de la población, incluyendo a los más necesitados. Así mismo, estos principios asegurarían la generación de mayores recursos provenientes de los aportes que de manera progresiva allegue la población económicamente activa, encaminados éstos a fortalecer el régimen contributivo. A su vez, ese régimen operaría con un régimen paralelo financiado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, cuyos recursos provendrían de un porcentaje de la cotización de todos los afiliados y con parte del presupuesto nacional, logrando de esta forma que el sistema de salud alcance la equidad.<sup>289</sup>

Los Ponentes exponen en las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, que el Proyecto incluye variaciones significativas para alcanzar la eficiencia del sistema, buscando modificar el funcionamiento de los hospitales, de los financiadores y de los controladores, a la vez que incorporar entidades autónomas, solventes y descentralizadas, que se denominarían Entidades Promotoras de Salud y Entidades Prestadoras Directas, las cuales garantizarían la eficiencia en la prestación del

---

<sup>288</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, Tomo IV. p. 82

<sup>289</sup> Ibid. p. 83

servicio. Como complemento a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, los Ponentes proponen que se debe implementar el de participación social, que incluye la participación activa de los usuarios en el control de los servicios a través de la creación de un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el que concurren de manera equitativa el gobierno, la comunidad y los prestadores de servicios de salud.<sup>290</sup>

Concluyen los Ponentes que el pliego de modificaciones presentado a consideración de las Comisiones Conjuntas sobre Seguridad Social en Salud, representa un avance frente al proyecto gubernamental, dado que allí “no existía una concepción de Seguridad Social, no se enfrentaba la esencia del problema del sistema contributivo, la financiación de la expansión de cobertura estaba difusa y no se establecía una articulación entre los diversos componentes de la prestación de servicios de salud”.<sup>291</sup>

Dentro del Proyecto gubernamental el principio de integralidad no responde, en criterio de la Representante Quiceno, a una prestación del servicio en todo el territorio nacional, sin importar el domicilio de quien solicita su prestación. Propone, entonces, una cobertura nacional, dado que “existe el derecho de cada afiliado a los servicios en cualquier lugar del país”.<sup>292</sup>

Según la Senadora María Estela Sanín Posada, el proyecto debe contener una referencia más explícita y general al sistema de asistencia pública por considerar que “hasta el momento en Colombia el concepto de seguridad social se ha circunscrito a los esfuerzos y mecanismos de los individuos que pueden cotizar para protegerse de las contingencias que menoscaben la calidad de vida. Sin embargo, es bien sabido que el concepto de seguridad social es mucho más amplio. Este no es sólo el conjunto de mecanismos adoptados por los individuos y por la sociedad, sino también por el Estado. Se deberían integrar los mecanismos estatales y particulares de la hasta ahora denominada asistencia pública, a cargo del Estado, con la seguridad social a cargo de los empleadores y trabajadores (...) Sería conveniente hablar de un sistema general de asistencia pública o social”.<sup>293</sup> Adicionalmente propone la Senadora Sanín que el Proyecto del gobierno debe contener un libro especial sobre el Sistema de Asistencia

---

<sup>290</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Ley 100, Tomo IV, ps 51 a 83.

<sup>291</sup> Ibid., ps 51 a 84

<sup>292</sup> Ibid, p. 48

<sup>293</sup> Ibid, p. 61

Social para garantizar a la población dicho derecho en los casos de extrema pobreza, o en condición de alta vulnerabilidad.<sup>294</sup>

Una vez que los Ponentes terminaron de explicar el contenido del Proyecto, se sometió la Ponencia a primer debate, discusión que se llevó a cabo en 15 sesiones, entre el 18 de mayo y el 14 de junio de 1993, en las cuales estuvieron presentes el ministro de Trabajo y Seguridad Social Luis Fernando Ramírez Acuña, y de Salud Pública, Juan Luis Londoño De La Cuesta, y la directora del ISS Fanny Santamaría Tavera (economista, que venía de ocupar al Tesorería General de la Nación).<sup>295</sup>

Iniciado el debate, el 18 de mayo de 1993, se puso sobre la mesa el carácter centralista y privatizador del Proyecto, y su carencia en materia de salud, surgiendo la propuesta encaminada a modificar el título del Proyecto gubernamental “Ahorro Pensional”, para que se le designe como “Sistema de Seguridad Social Integral”. Esta proposición fue aprobada por los integrantes de las dos Comisiones Séptimas Constitucionales permanentes, las cuales, a su vez propusieron una definición de la seguridad social integral, así: “Se entiende por Seguridad Social Integral el conjunto de derechos que la persona y la comunidad tienen para gozar de una calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante el esfuerzo conjunto del Estado y la Sociedad para garantizar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban el desarrollo humano y la integración de la comunidad. PARÁGRAFO. La cobertura integral de las contingencias materia de esta ley, se garantizará a través de prestaciones de carácter económico de salud, y servicios sociales complementarios”,<sup>296</sup> definición que no contó con el aval de la mayoría de los integrantes de las Comisiones.

Uno de los puntos que suscitó un grado de controversia fue la inclusión o no de la palabra esencial, para calificar el servicio público de la seguridad social. Algunos Congresistas consideraron que incluir la palabra *esencial* podría aparejar el derecho de huelga<sup>297</sup>, en tanto que otros indicaron que la huelga quedaba prohibida, de manera perentoria, porque siendo la seguridad social integral un servicio público<sup>298</sup>, no se

<sup>294</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Ley 100, Tomo IV, p. 62

<sup>295</sup> ARCHIVO CONGRESO CÁMARA, Ley 100, Tomo IV, ps. 51 a 53.

<sup>296</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 001 del 18 de mayo de 1993, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, p. 12

<sup>297</sup> El artículo 56 de la Constitución establece: Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador.

<sup>298</sup> El servicio público ha sido definido por el académico Eustorgio Sarria, profesor de Derecho Administrativo, como: Toda acción o prestación realizada por el Estado, directa o indirectamente, o por

podía interrumpir su prestación por parte de los trabajadores.<sup>299</sup> Finalmente, la palabra *esencial* quedó incorporada dentro del artículo 2 de la ley 100 de 1993, entendiéndose que por ser la seguridad social un servicio público esencial, no es sujeto del derecho de huelga a favor de los trabajadores.

El 21 de mayo el Senador Uribe Vélez vuelve a solicitar el estudio de la palabra *esencial*, a fin de precisar si este término es aplicable a toda la seguridad social, o únicamente al servicio público de salud, siendo aprobado por unanimidad que sólo cobija lo relativo a la salud, dejando el tema pensional únicamente como esencial en lo correspondiente al reconocimiento y pago de las pensiones.<sup>300</sup>

En sesión del 25 de mayo de 1993, el presidente de la Comisión Séptima del Senado puso en consideración de las Comisiones Constitucionales Séptimas Permanentes el articulado del pliego de modificaciones al Proyecto de Ley 155 Senado-204 Cámara de 1992, y sin debate alguno, y argumentando suficiente ilustración, es votado afirmativamente de manera mayoritaria por ambas Comisiones.<sup>301</sup>

En este punto entran en inconformidad algunos Congresistas que consideraron que no hubo suficiente ilustración. Aquí se levantan voces de los partidos Conservador (Jaime Arias Ramírez y Fabio Valencia Cossio), M-19 (Everth Bustamante y Gloria Quiceno), Liberal (María del Socorro Bustamante y María Cristina Ocampo) y UP (Manuel Cepeda), entre otros, reclamando celeridad en el debate, sin descuidar su análisis. Sobre el particular el Representante liberal Álvaro Benedetti sostiene que: “Una cosa es el compromiso de aprobar el Proyecto y otra cosa es el estudio concienzudo del mismo, que fue nuestro compromiso. En el campo de la salud el Proyecto adolece de muchas fallas”. En igual sentido Cepeda afirma que: “La Comisión ha sido atacada por la súbita presencia de la prisa. Pero es que el responsable de la no aprobación del Proyecto no es el Congreso, sino el Presidente Gaviria quien se demoró mucho para presentarlo”.<sup>302</sup>

---

personas privadas, destinada a la satisfacción eficaz, regular y continua de las necesidades colectivas, a juicio del gobierno

<sup>299</sup> En este debate intervinieron los Senadores Carlos Corsi, Álvaro Uribe Vélez y Alfonso Angarita, y los Representantes Jaime Arias, Gloria Quiceno y Manuel Cepeda.

<sup>300</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 004 del 21 de mayo de 1993, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, p. 3

<sup>301</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 005 del 25 de mayo de 1992, Op. Cit., p 5.

<sup>302</sup> Ibid. p. 9

Un hecho significativo que marcó el debate de la actual ley 100 de 1993 fue el informe del ministro de hacienda Rudolf Hommes, para quien la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendría un costo de 12 billones de pesos, suma de difícil recaudo, y que tornaba casi imposible su desarrollo y aplicación, insinuando retirar los temas de la salud del Proyecto que se estaba discutiendo. Este análisis fue interpretado por el M-19, y por un sector del Partido Liberal, como un obstáculo del gobierno para adelantar la regulación de la salud como parte de la seguridad social integral, manifestando que no continuarían con el estudio del proyecto 155 Senado 204 Cámara, si se excluye la salud como tema a reglamentar dentro de dicho Proyecto.<sup>303</sup>

Bajo la misma orientación de Rudolf Hommes, el Ministro de Salud Juan Luis Londoño De La Cuesta prevé que efectivamente el gasto en salud para 2004 será muy elevado, dado que, según proyecciones, de 40 millones de colombianos, 28 tendrán cobertura en salud en ese momento, con un alto costo para las finanzas del Estado, que deberá asumir adicionalmente a los costos pensionales, los de la inversión en seguridad social en salud, a lo que acota Cepeda que la salud debe primar frente al sistema pensional y por lo tanto se deben buscar los mecanismos para allegar los recursos para su financiación, dado que en este momento la salud está en el último puesto del presupuesto nacional.<sup>304</sup>

El 14 de junio de 1993, queda aprobado el Proyecto de Ley 155 Senado, al que denominaron “Sistema de Seguridad Social Integral”, y fueron designados para el segundo debate del Proyecto en estudio, en el que actuarían como únicos ponentes, Álvaro Uribe Vélez, por Senado, y María del Socorro Bustamante, por la Cámara de Representantes, quienes asumieron la responsabilidad de rendir el informe de Ponencia y presentar el articulado aprobado en primer debate.

Iniciado el segundo debate, algunos miembros de las Comisiones Séptimas constitucionales elevaron a la Presidencia del Senado una serie de observaciones que denotaban su inconformidad con el trámite adelantado en primer debate al interior de las Comisiones Conjuntas, por considerar que adolecía de algunas anomalías que podían finalmente tornar lo aprobado en inconstitucional. Al respecto, señalaron las siguientes: “ausencia de acumulación legislativa; cambio en la temática del proyecto

---

<sup>303</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta No. 008, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, 1992, ps. 5 y 6

<sup>304</sup> Ibid., p. 5

original; desconocimiento del trámite preferencial; falta de garantías en la discusión y en el debate; y trámite indebido por ser ley estatutaria”.<sup>305</sup>

Aquí, a manera de aclaración, es procedente explicar lo siguiente:

1. Se habla de ausencia de acumulación legislativa porque el Senador Álvaro Araújo Noguera había presentado a consideración del Congreso un Proyecto de Ley que regulaba lo relacionado con la salud, radicado el 16 de diciembre de 1992 bajo el número 248, el cual, según el Reglamento del Congreso, debió acumularse con el proyecto que presentó el gobierno nacional, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución, cosa que no sucedió.

2. El cambio en la temática original alude, en este caso, a la adición que se hizo del Proyecto de Ley 155 Senado, presentado originalmente como Sistema de Ahorro Pensional, y complementado posteriormente con el articulado sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Cuando se hace referencia al desconocimiento del trámite preferencial, se debe acudir a lo establecido en el art. 192 de la ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), en el cual se consigna que las iniciativas de carácter popular son de trámite preferencial respecto de cualquier otro tema.<sup>306</sup> En este caso, las Centrales Obreras habían radicado en el segundo semestre de 1992, el Proyecto de Ley 163 del 11 de noviembre de 1992, encaminado a regular el Estatuto del Trabajo, conforme lo ordena el artículo 53 de la Constitución Política, y por ser este proyecto de iniciativa popular debió tener prelación frente al Proyecto 155 Senado. Pese a ello el proyecto de iniciativa popular no tuvo trámite legislativo.

4. La formación de las leyes exige total transparencia y un estudio minucioso de cada uno de los artículos que conforman un proyecto de ley.

5. Una ley estatutaria es aquella que regula los derechos y deberes fundamentales de las personas, entre otros temas<sup>307</sup>. El proyecto de ley 155 Senado tuvo trámite de ley

---

<sup>305</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 100, Tomo III, p. 92

<sup>306</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, ley 5ª de 1992. EN: Constitución Política de Colombia, Op. Cit. P. 252

<sup>307</sup> La ley estatutaria regula también los temas relacionados con la administración de justicia, la organización y régimen de los partidos y movimientos políticos, el estatuto de la oposición y funciones electorales, instituciones y mecanismos de participación ciudadana y los estados de excepción.

ordinaria, pese a regular derechos fundamentales de las personas, más aún cuando al régimen pensional se le adicionó lo relativo a la salud.<sup>308</sup>

Ante estas observaciones, el 31 de agosto de 1993 el presidente del Senado designa una Comisión Accidental Especial encargada de rendir un informe al respecto, la cual quedó conformada por 10 Senadores, quienes estuvieron acompañados en sus deliberaciones por el Ponente Álvaro Uribe Vélez. Analizados los puntos en controversia, la Comisión llega a las siguientes conclusiones:

(i) “Al tramitarse el proyecto No. 155 no se dispuso que otra iniciativa le fuera acumulada, ni por disposición de la Presidencia de la Comisión, y menos aún por el ponente o ponentes respectivos”.

(ii) En cuanto al cambio en la temática del proyecto original, sostiene que: “Las variaciones obedecen a las nuevas propuestas introducidas en las discusiones en primer debate, siendo ello posible y viable, pues la materia genérica así lo permite. Además, no aparece que alguna de tales propuestas (las aprobadas) haya sido inadmitida o rechazada por el presidente de la Comisión Conjunta por no referirse a una misma materia”.

(iii) No se dio trámite preferencial al proyecto de ley No. 163 Cámara, conocido como Estatuto del Trabajo, porque este fue suscrito por Representantes a la Cámara del partido conservador, y no, como se pensó, por un vocero de la iniciativa popular, optando entonces por dar curso al proyecto de ley 155 Senado.

(iv) La falta de garantías en el debate, está dada, por dos aparentes anomalías: la primera, por haberse declarado de manera indebida la suficiente ilustración, y la segunda, por la exclusión de ponentes para segundo debate y designación de sólo 1 por Senado y 1 por Cámara.

Respecto de la declaratoria de suficiente ilustración, el Senador Uribe consideró que se procedió sin violación de las garantías constitucionales, y que, conforme al nuevo reglamento del Congreso, en los debates que se den en las plenarias se pueden introducir modificaciones al Proyecto inicial.<sup>309</sup>

---

<sup>308</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo III, ps. 90 y 91

<sup>309</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo III, Op. Cit. Ps 92 a 95.

Esta apreciación de Uribe riñe con lo anotado por los integrantes de la Comisión Accidental, cuando refieren lo sucedido al interior del debate de las Comisiones conjuntas séptimas de Senado y Cámara: “Una sub-comisión de ponentes tuvo el encargo de preparar un articulado que luego fue presentado al resto de ponentes, el día 12 de mayo último. Las observaciones y modificaciones que se plantearon por los últimos ponentes a la normativa propuesta, artículo por artículo, no fueron, sin embargo, consideradas, y la mayoría optó por no abrir la discusión ‘aduciendo que se carecía de tiempo y que el pliego de modificaciones sería objeto de discusión en las comisiones’. Seis (6) días después, el 18 de mayo, y ante las Comisiones Constitucionales, en sesión conjunta, fue solicitada la discusión artículo por artículo, según lo autoriza el artículo 158 de la Ley 5ª de 1992; prevalecieron, se sostiene, las propuestas de discutir y decidir por bloques, como así ocurrió finalmente, negándose el derecho reglamentario”.<sup>310</sup>

Claramente se deja al descubierto que el articulado propuesto para primer debate dentro del Proyecto de ley de seguridad social integral, no fue debatido de manera amplia y concienzuda, artículo por artículo, como lo ameritaba tan ambiciosa reforma, sino que, a disgusto de buena parte de los congresistas, se procedió a votar en bloque, propiciando que las modificaciones y adiciones que se propusieron fueran desestimadas, dando trámite expedito a la propuesta gubernamental, cuya responsabilidad estaba en cabeza de Álvaro Uribe Vélez, integrante del Partido Liberal, pero defensor de las políticas neoliberales ya implantadas en la Constitución de 1991 e incorporadas a lo largo del articulado del proyecto de ley de seguridad social bajo estudio. Hay que tener en cuenta que Uribe Vélez era un líder con un gran poder de convencimiento y de convocatoria, lo que le permitió que el presidente del Senado Fernando Botero Zea lo designara como Ponente único (otra irregularidad), excluyendo a los otros diez Ponentes inicialmente designados para el debate, y que no le fuera difícil alcanzar el apoyo de la mayoría de los integrantes de la Plenaria del Senado, muchos de ellos del Partido Liberal, para votar en bloque el texto propuesto.

Respecto del Ponente único, la Comisión Accidental Especial concluyó que tal decisión es viable “aun cuando no se allane a las mejores reglas de un tratamiento congresional que **debiera** guardar una fiel consecuencia”.<sup>311</sup> De esta manera, la Comisión reconoció, con esta aseveración, que en este caso en particular, primaron los intereses individuales frente al rigor de la norma, que debe, (**no debiera** como lo

<sup>310</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo III, Op. Cit. p. 91

<sup>311</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, 1993, Tomo III, p. 95

afirman los integrantes de la Comisión Accidental), guardar una fiel consecuencia con el respeto a la participación democrática de todo el Congreso.

(v) En cuanto a no habersele dado al Proyecto 155 Senado trámite como ley estatutaria, la Comisión especial explica el tema de la siguiente forma: “El concepto de seguridad social se emplea, en la Constitución Política de 1991, en distintas normas y para efectos diferentes, [...] aunque sin dar de ella una noción o concepto que permita identificar su contenido exacto”.<sup>312</sup> No se le da trámite como ley estatutaria, dado que el término seguridad social, “se ha utilizado como un derecho irrenunciable de toda persona; como un derecho fundamental de los niños; como un derecho de las personas de la tercera edad; como un servicio público de carácter obligatorio; como un sistema que incluye el régimen pensional; como un mecanismo de protección que comprende el derecho a la salud, y como una garantía que debe incluirse en el estatuto del trabajo”,<sup>313</sup> sin que exista una definición clara que la ubique como un derecho fundamental.

Sobre este mismo punto, la Comisión Accidental Especial profundizó respecto de la naturaleza jurídica de la seguridad social, y así lo expuso: “La seguridad social no está definida como derecho fundamental en la Carta Política. No se trata de un derecho que se derive directamente de la Constitución, pues depende plenamente del desarrollo legal y de las acciones estatales y no es de aplicación inmediata. [...] El derecho a la seguridad social hace parte, pues, de los llamados derechos de segunda generación que son en estricto sentido derechos-prestación que exigen desarrollo legislativo para poderse hacer efectivos. [...] Es claro entonces, que la naturaleza del derecho a la seguridad social, es un derecho social de prestación, sobre el cual el Estado, en todo caso, debe prestar la mayor disposición para desarrollarlo a través de las normas legales y reglamentarias”.<sup>314</sup>

Defendiendo el Proyecto, el Senador Uribe, siguiendo los lineamientos neoliberales del gobierno, enfila su propuesta hacia la defensa de la privatización, el libre mercado y la libre competencia, ya no sólo en materia pensional, sino incluyendo la prestación de los servicios de salud, con la diferencia de que para el sistema pensional se plantea el modelo dual conformado por el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en tanto que para salud

---

<sup>312</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, 1993, Tomo III, p. 96

<sup>313</sup> Ibid., p. 96

<sup>314</sup> Ibid, ps. 97 a 99.

se diseña un modelo trial conformado por los regímenes Contributivo, Subsidiado y de Medicina Prepagada.

Llama la atención que Uribe insiste en la transparencia a la hora de adelantar la votación, que según él se hizo artículo por artículo, contradiciendo esta afirmación las varias reclamaciones presentadas por un grupo de Congresistas, que ya fueron aquí registradas, en torno a la falta de garantías en la discusión y el debate, y a la violación del reglamento, en el sentido de no discutir artículo por artículo, argumentando suficiente ilustración y escaso tiempo para adelantarlos, dadas las presiones recibidas por parte del Gobierno.

En el Informe de Ponencia para segundo debate, Uribe Vélez, tomando como referencia las exposiciones de motivos que sustentaron el contenido de los artículos 48 y 49 constitucionales, dentro de la Asamblea Nacional Constituyente, y la jurisprudencia desarrollada por la naciente Corte Constitucional sobre el derecho fundamental a la seguridad social y a la salud, pone de presente que uno de los más graves problemas que enfrenta el país, en ese momento, es el de la salud, la cual registra un escaso desarrollo frente a otras áreas como la vivienda, la educación y los servicios públicos, acompañado éste de una alta inequidad e ineficiencia del sistema.<sup>315</sup>

Uribe, dentro del mismo documento, otorga a la seguridad social el carácter de derecho-prestación, tal como está consignado en la Constitución Política, artículos 48 y 49. Al respecto afirma que, “este derecho económico-social existe como concesión del Estado, cuyo grado de variabilidad puede hacer que en el tiempo y en el espacio se desarrollen una multiplicidad de formas muy diferentes para su prestación. [...] Es claro entonces, que la naturaleza del derecho a la seguridad social, lejos de ser un derecho fundamental es un derecho social de prestación, sobre el cual el Estado, en todo caso, debe prestar la mayor disposición para desarrollarlo a través de las normas legales y reglamentarias”.<sup>316</sup>

Pese a lo anteriormente expresado, y en contradicción con su argumentación anterior, Uribe retoma lo expuesto en la Asamblea Nacional Constituyente por el ministro González Posso, resaltando la importancia de pasar de la fase de asistencia Pública a una superior de Seguridad Social, para lograr la inclusión de los sectores más pobres

---

<sup>315</sup>REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, 1993, Tomo III, p. 117

<sup>316</sup> Ibid., p. 117

de la población dentro del sistema de seguridad social. Y agrega que “los recursos públicos destinados a la financiación de la salud tampoco están llegando a los estratos más pobres. Lo anterior justifica la creación de un sistema de subsidios directos a la población de bajos ingresos, de tal forma que sea esta población la que se beneficie del gasto público”, proponiendo como mecanismo de financiación la creación del Fondo de Solidaridad para Extensión de Cobertura, con el objeto de otorgar subsidios tanto en pensiones como en salud.<sup>317</sup> En esto coincide con los planteamientos de Juan Luis Londoño.

Y, es que este es otro direccionamiento que el Banco Mundial recomendó en la década de los ochenta a los diferentes gobiernos de la región para garantizar a los pobres el acceso a los servicios de salud mediante el otorgamiento de subsidios parciales o totales, materializables a través de mecanismos como tarifas subsidiadas, certificados de pobreza, encuestas para medición de grados de ésta, y sistemas de referencia de pacientes con bajo o cero aranceles en el primer nivel de complejidad.<sup>318</sup>

Paralelamente al debate en el Senado, el proyecto de Ley 155 de 1992 inició su tránsito en la Cámara de Representantes, donde se le asignó el número 204 Cámara, y cuya única Ponente la Representante María del Socorro Bustamante Luenga, del Partido Liberal, mantuvo la filosofía del modelo privatizador, tanto del régimen pensional como del servicio público de salud, concomitante con lo proyectado por Uribe Vélez, previa asesoría de los técnicos del Ministerio de Salud, a cuya cabeza se encontraba Londoño De La Cuesta.<sup>319</sup>

Se calcula, al revisar directamente los archivos del Congreso de la República, correspondientes a los debates adelantados al proyecto de ley 155 Senado, 204 Cámara, que daría lugar a la ley 100 de 1993, que tanto en las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, como en sus respectivas Plenarias, se presentaron más de 500 proposiciones modificatorias y sustitutivas, por parte de los miembros del Congreso, y de los Ministros de Trabajo, Salud y Hacienda Pública, de las cuales la mayoría fueron negadas o parcialmente aceptadas, lo cual significó que algunos artículos continuaran en debate, hasta lograr su identidad plena.<sup>320</sup>

<sup>317</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, 1993, Tomo III, p. 120

<sup>318</sup> VEGA ROMERO, Román y JARA NAVARO, María Inés. Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud, p. 89. EN: <file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2903-10197-1-CE.pdf>

<sup>319</sup> VEGA VARGAS, Manuel y Cols., Op. Cit., p. 66

<sup>320</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Senado y Cámara, Tomos I, II, III, IV y V, Bogotá, Op. Cit., 1992-1993.

Una vez aprobado el Proyecto de Ley 155, en Senado el 10 de noviembre de 1993 y en Cámara el 2 de diciembre del mismo año, y como algunos textos finales en cada Corporación no fueron coincidentes, los presidentes de Senado y Cámara conformaron una Comisión Accidental de Mediación, la cual tenía como objeto redactar el texto final unificado que dio vida a la ley 100 de 1993. Integraron dicha Comisión los Senadores Álvaro Uribe Vélez, Alfonso Angarita Baracaldo, Julio César Turbay Quintero, Roberto Gerlein Echavarría, María Estela Sanín Posada y Fabio Valencia Cossio, y los Representantes María del Socorro Bustamante Luenga, Jaime Arias Ramírez, Samuel Ortégón Amaya, Mario Uribe y Roberto Camacho, entre otros Congresistas.<sup>321</sup>

Dicha Comisión de Mediación sesionó el 14 de diciembre de 1993, a las 10 horas de la mañana, en las Oficinas de la Presidencia del Senado, con el objeto de tornar coincidentes los textos disímiles de los artículos 159 Senado y 153 Cámara; 161 Senado y 156 Cámara; 162 Senado y 157 Cámara; 168 Senado y 163 Cámara; 175 Senado y 171 Cámara, 176 Senado y 172 Cámara; 192 Senado y 190 Cámara; 219 Senado y 221 Cámara; 228 Senado y 235 Cámara; 237 Senado y 246 Cámara; 239 Senado y 249 Cámara. Igualmente se tuvieron en cuenta para presentar a las Plenarias de Senado y Cámara, los artículos 152, 153, 154, 158, 159, 194, 226, 323 y 244, todos éstos aprobados únicamente en la Cámara de Representantes.<sup>322</sup>

Tanto los artículos disímiles como los aprobados exclusivamente por la Cámara fueron reelaborados por la Comisión de Mediación, y los nuevos textos se pusieron a consideración de las Plenarias de Senado y Cámara, dando lugar a los artículos 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 164, 171, 172, 173, 174, 193, 195, 222, 226, 232, 234, 243, 245, de la ley 100 de 1993. Dicha normativa fue aprobada formalmente el 13 de diciembre de 1993.

Desde la puesta en marcha del Proyecto de Ley 155 Senado, se generó una gran expectativa dentro la Academia, las agremiaciones, los sindicatos, y el común de la gente, respecto de la nueva Ley que iba a regular todo lo relacionado con la seguridad social integral de los colombianos, esperando unos debates profundos, bien

---

<sup>321</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso, Tomo I, Op. Cit., ps. 1 y 2.

<sup>322</sup> Ibid., ps. 89 a 113.

documentados y revestidos de la mayor ética, para obtener un cuerpo normativo coherente con la solución de las necesidades que reclamaba el pueblo colombiano.<sup>323</sup>

No obstante, y como quedó inscrito en páginas anteriores, el debate adelantado no tuvo la fuerza analítica necesaria sobre los temas puestos a consideración del Congreso, como tampoco se le dedicó el tiempo requerido para debatir sobre la conveniencia o no de cada artículo en particular, tal como lo ordenan la Constitución Política y el Reglamento del Congreso, y en su lugar, el articulado fue aprobado en bloque y de manera precipitada, siguiendo las presiones y los caprichos del único Ponente Álvaro Uribe Vélez.

Las múltiples propuestas allegadas al congreso encaminadas a modificar algunos textos de la proyectada ley 100, así como las presiones ejercidas por los diferentes sindicatos de trabajadores del sector salud y las protestas populares, no encontraron eco en la mayoría de los congresistas, y los sectores minoritarios que tomaron asiento en las Comisiones Séptimas, fueron acallados y sus proposiciones negadas en su totalidad, imponiéndose el criterio del gobierno y sus gestores neoliberales, bajo el amparo de las normas constitucionales.<sup>324</sup>

La ley 100 de 1993 reguló los temas relativos al sistema general de pensiones, la seguridad social en salud, el sistema general de riesgos profesionales, y los servicios sociales complementarios, principalmente bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad contemplados en el artículo 48 de la Constitución, todo lo cual se denominó Sistema de Seguridad Social Integral. Llama la atención que la salud pública no fue tratada aquí con la misma extensión y aplicación que los temas anteriormente relacionados, y sólo se alude veladamente a ella en los artículos 152 y 165, delegando la regulación del primero de ellos en las leyes 9ª de 1979 y 60 de 1993.

El artículo 165 en mención, se limita a describir la estructuración de un Plan de Atención Básica -PAB- gratuito y obligatorio, como complementario del POS, entrando en una contradicción, porque si es básico no puede ser complementario, más aún si se tiene en cuenta que a él concurren todas las personas, de manera individual o colectiva, en desarrollo de los principios de universalidad y solidaridad.

---

<sup>323</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica. La Dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: Exclusiones y resistencias (1975-2003), ps. 46 a 48. EN: [file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2656-9323-1-CE%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2656-9323-1-CE%20(3).pdf)

<sup>324</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso, Tomos I, II, III y IV, Bogotá, 1992-1993.

Como bien lo advierte Franco Giraldo, es válido sostener que la ley 100 de 1993 “no es ni una Ley de seguridad social ni de salud pública. En su cabal entendimiento restringe indudablemente los conceptos, se centra en riesgos económicos y en la enfermedad y mantiene mucho la intervención asistencialista en salud. En lo económico, su fortaleza está dada por el libre mercado y el afán de competencia entre las múltiples instituciones, afianzando la privatización de la prestación de Servicios”.<sup>325</sup>

Bajo el modelo de la ley 100 la universalidad se planteó como una garantía y no como un derecho, y en la práctica es sólo una meta por alcanzar, que hasta el momento no ha podido concretarse, ya que para 2010, fecha límite de la cohorte de la presente investigación, según cifras del Ministerio de Salud y de la Protección Social, referidas por Marcela Vélez, sólo el 88% de la población cuenta con algún tipo de seguridad social en salud<sup>326</sup>.

Álvaro Franco Giraldo sostiene que “La Ley 100 de 1993, en lo referente a la universalidad parte de una falacia por considerar que toda una población está realmente asalariada, estable y cotizando regularmente a los fondos por toda su vida. La Ley es una excelente solución para los asalariados bien remunerados y estables, pero éstos son realmente pocos en el País, aunque existan estadísticas que traten de demostrar lo contrario”.<sup>327</sup>

El principio de universalidad se ha evaluado de manera sesgada, pues solamente se tiene en cuenta la cobertura, que en realidad ha ido incrementándose año tras año. Pero, por una parte, , esta cobertura, de ninguna manera significa que todos los afiliados tengan acceso a la prestación de todos los servicios de salud, y menos en las mismas condiciones, existiendo múltiples barreras que lo dificultan, entre ellas de orden geográfico, económico, cultural, físico y político, todo lo cual desdibuja el tan cantado principio de universalidad; y, por otra parte, la ley 100 exonera al Estado del cumplimiento del principio de universalidad, pues al dejar la salud al arbitrio del mercado, y en manos de los particulares, son éstos los que deben velar por su materialización, y si lo que los anima es el lucro, la universalidad queda relegada al universo de aquellas personas que tienen capacidad de pago.

---

<sup>325</sup> FRANCO GIRALDO, Álvaro, La ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia, ps. 31 y 32. EN: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/25034/20373>

<sup>326</sup> VÉLEZ, Marcela. La salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Bogotá, Editora Géminis, 2016, p. 46

<sup>327</sup> FRANCO GIRALDO, Álvaro. Op. Cit., p. 32.

El nuevo Sistema de Seguridad Social Integral, bajo el principio de universalidad, introdujo los regímenes contributivo y subsidiado. El primero, comprende a los trabajadores asalariados tanto del sector oficial como del privado, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, y la cobertura se extendió a los familiares dependientes del asegurado. El subsidiado comprende a las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, con especial atención a las mujeres gestantes, a los niños menores de un año y a los ancianos mayores de 65 años, entre otros.

En cuanto a la eficiencia, es notorio que la inversión en salud supera por mucho el logro de los objetivos alcanzados, ya porque se desvían los recursos hacia fines diferentes a la salud,<sup>328</sup> ya porque el servicio no se presta de manera adecuada, o simplemente no se presta, lo que ha conducido a que un número considerable de pacientes haya tenido que acudir a la acción de tutela para reclamar la garantía de su derecho a la salud<sup>329</sup>.

El cumplimiento del principio de solidaridad requiere la concurrencia del Estado, los particulares y la comunidad en general, para procurar que los beneficios de la seguridad social en salud lleguen, sin distinción alguna, al sector más pobre de la población. Este principio se rompe cuando la prestación del servicio sale de la órbita estatal y entra en el campo de los servicios públicos ofrecidos al mejor postor en el mercado, según las tarifas y precios que señalan las empresas bajo el principio de la libre competencia, donde el lucro es la meta por alcanzar y la solidaridad el principio por evadir.

La ley 100 de 1993 entró a regir a partir del 1 de abril de 1994, previendo que el modelo saliente debía adaptarse a las nuevas disposiciones en ella contenidas, para lo cual necesitaba un periodo de ajuste no superior a tres meses, a fin de que entraran a operar las Empresas Prestadoras de los Servicios de Salud -EPS- y las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, y se implementaran los planes obligatorios de salud -POS- dentro del régimen contributivo y los programas relacionados con el régimen subsidiado, sin abandonar el fortalecimiento de la red hospitalaria ya existente en el país. Aquí ya entran en juego los intereses económicos de las empresas privadas, que no pueden, ni quieren, renunciar al lucro que emana de su actividad económica, y los

---

<sup>328</sup> VEGA VARGAS, Manuel y ÁVILA, Billy. La corrupción en el sector salud en Colombia: Un asunto de fondo. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2018, ps. 208 y 209

<sup>329</sup> VÉLEZ, Marcela, La salud en Colombia, Op. Cit., p. 51

intereses de los afiliados que únicamente reclaman unos servicios de salud de buena calidad, ajenos a cualquier ganancia económica derivada del servicio.

Complementa Quevedo Vélez señalando que:

“De otra forma, no les interesaría la salud como negocio a los capitalistas financieros pues es por medio del aseguramiento privado prepago que reciben el capital por adelantado y lo ponen a circular en los entes financieros antes de pagarle los servicios al afiliado. Pero el ansia de ganancia de los capitalistas pasa por encima del derecho al bienestar del usuario, dilatándole o negándole el servicio o prestándosele de mala calidad o de forma insuficiente, ‘pasándose por la faja’ la universalidad y la equidad del servicio, lo que obliga al usuario a tener que recurrir a la acción de tutela”.<sup>330</sup>

En Colombia, la compra y la venta del servicio de salud debería generar satisfacciones similares a quien presta el servicio y a quien se beneficia de él, construyendo un equilibrio económico que se traduce en el empresario a través del equilibrio financiero, y en el usuario, a través de su equilibrio físico y espiritual.

Para Gañán Echavarría, “la salud, aún catalogada como un bien que puede ser objeto de mercado, es un bien especial y diferente a todos los demás bienes, que responde a un fin social y no a un fin meramente de tipo comercial”.<sup>331</sup> Siguiendo a Mario Andrés Camargo, Gañán sostiene que “[...] aún siendo la salud un bien privado que genera altas externalidades para la sociedad, se debe garantizar su acceso universal, con independencia de su precio, es decir, con la posibilidad de exclusión que goza este servicio”.<sup>332</sup>

Para Hernández Álvarez, “El sistema colombiano es también el más claramente segmentado según capacidad de pago: los pobres deben demostrar ser pobres a través de una encuesta, para merecer el subsidio que los incorpora al mercado de aseguramiento. Este es el ‘régimen subsidiado’. Los sectores medios, o declarados no pobres, deben pagar mensualmente el 12.5% de sus ingresos, para recibir el mismo paquete de servicios en el ‘régimen contributivo’. Los ricos compran, por encima de

---

<sup>330</sup> QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. Opinión personal como Director de la Investigación.

<sup>331</sup> GAÑÁN ECHAVARRÍA, Jaime León, Los muertos de la ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Medellín, Universidad de Antioquia, 2013, p. 246

<sup>332</sup> Ibid., p. 246

esta cotización obligatoria, seguros comerciales que en Colombia se denominan ‘planes de medicina prepagada’.”<sup>333</sup>

Así, Hernández Álvarez se pregunta, “¿Por qué, entonces, los organismos multilaterales muestran a Colombia como el ejemplo? Porque se supone que constituye el mejor ejemplo de combinación de fuentes de recursos y de articulaciones entre el Estado regulador y la competencia del mercado. Sin embargo, Colombia está demostrando ser el mejor ejemplo de inequidad estructural y de extracción de rentas por parte de agentes privados, lo que supuestamente superaría la corrupción y el clientelismo natural ‘de los Estados’ en los países pobres”.<sup>334</sup>

De manera transitoria se creó un beneficio que se denominó “vinculados al sistema”, para atender aquellas personas que estando por fuera del régimen subsidiado y sin capacidad de pago, eran atendidas en las instituciones públicas y en las privadas que tuvieran contrato con el Estado, previniendo que en un plazo razonable, estimado para el año 2001, estas personas tuvieran cobertura por el régimen subsidiado.

Para 1993, el 73.7%<sup>335</sup> de la población estaba amparada por los sistemas de salud que prestaban el Instituto de Seguros Sociales, las Cajas de Previsión Social de los niveles nacional, departamental y municipal, junto con las Cajas de Compensación Familiar, en tanto que el restante 26.3% no tenían ningún tipo de cobertura, debiendo acudir a la red hospitalaria nacional bajo el modelo de la asistencia pública.

Según las metas establecidas por la ley 100, el 70% de la población estaría cubierta por el régimen contributivo en 2000 y el 30% por el subsidiado en 2001, metas que se alcanzaron de manera relativa ya que para 1997 los afiliados al régimen contributivo disminuyeron a un 33% de la población, y los del subsidiado a un 17.6%, lo que significaba que la cobertura sólo alcanzaba un 50.6% de la población, dejando al

---

<sup>333</sup> HERNANDEZ ÁLVAREZ, Mario. Análisis del modelo colombiano de cobertura universal en salud. EN: <https://cebes.org.br/mariohernandez-alvarez-analisa-o-modelo-de-cobertura-universal-em-saude-colombiano/12979/>

<sup>334</sup> HERNANDEZ ÁLVAREZ, Mario. Análisis del modelo colombiano de cobertura universal en salud. EN: <https://cebes.org.br/mariohernandez-alvarez-analisa-o-modelo-de-cobertura-universal-em-saude-colombiano/12979/>

<sup>335</sup> Según el censo de población DANE, para 1993 Colombia tenía una población de 35'181.000 habitantes

restante 49.4% dentro del denominado grupo de los vinculados, los cuales acudían al sistema hospitalario nacional.<sup>336</sup>

La ley 100, a la vez que puso a la vista un buen número de actores del sistema de salud, permitió que afloraran sus diferentes intereses que, como lo advierte Mario Hernández, apuntaban “hacia su propio beneficio, antes que al beneficio general”<sup>337</sup>. Y así lo reseña: “Las EPS que cuentan con medicina prepagada no permiten que este modelo se afecte, mientras exigen al Estado suspender los “privilegios” de sus competidores públicos, en especial, del Seguro Social. Las ARS se resisten a ser desplazadas, a pesar de los sobrecostos ocasionados por la intermediación en el manejo de los recursos públicos, mientras las Cajas de Compensación Familiar ofrecen sus servicios para administrar todo el régimen subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud (ESS) tratan de mostrar los beneficios de la economía solidaria”.<sup>338</sup>

El artículo 177 de la ley 100 de 1993 determinó que “las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía”.

Esta norma legal puso en manos de las EPS el manejo económico y financiero de inmensos recursos que, según la misma ley 100 de 1993 y la Constitución Política de Colombia en sus artículos 48 y 49, sólo podían ser destinados a los servicios de la seguridad social en salud. Era de esperarse, entonces, que con los ingresos provenientes del régimen contributivo, las EPS atendieran a sus afiliados y trasladaran el porcentaje pertinente al FOSYGA, para alimentar los recursos del Régimen Subsidiado. Esto en realidad no ocurrió, y el FOSYGA tuvo que nutrirse del presupuesto nacional, hasta el punto de que el gasto en salud en el periodo 1993-2004,

---

<sup>336</sup> MARTÍNEZ, Félix y cols., ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? A ocho años de la reforma en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana No. 70, 2005, p. 11

<sup>337</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Op. Cit., p. 150

<sup>338</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Op. Cit., ps. 150 y 151

pasó del 1.8% al 3.6% del Producto Interno Bruto (Banco de la República, Estadísticas, 2005).

Aquí es oportuno detenerse en la radiografía del Sistema de Salud Pública en Colombia que expone Luis Ángel Villar Centeno en el documento “La ley 100: El fracaso estatal en la salud pública”, escrita con ocasión de los 10 años de vigencia de la mencionada ley, para quien “la salud de los colombianos exhibe un balance catastrófico; ha sido convertida en mercancía y bajo el pretexto de la cobertura universal se halla en manos de la especulación del capital financiero”.<sup>339</sup> Sostiene además que “los cálculos más bondadosos estiman que un 47% de la población permanece sin ningún tipo de aseguramiento. Cerca de veinte millones de compatriotas, sin trabajo ni ingresos, precisamente los más pobres de la nación, permanecen en el modelo de la Ley 100 sin protección en salud bajo el paradójico eufemismo de “población vinculada. [...] Ellos son los usuarios naturales de la Red Pública Hospitalaria”.<sup>340</sup>

Este grupo de población es el que hace antesala para ingresar al POSS (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado), y quien lo consigue se enfrenta, como dice Villar, a “impresentables inequidades frente a lo ofrecido por el POS contributivo, restringiendo gravemente su acceso a una plena atención en salud”.<sup>341</sup> Los que no logran ingresar al POSS, son atendidos por la Red Pública Hospitalaria (RPH), “que emerge como el escenario de atención de salud donde a pesar de las múltiples carencias derivadas del desinterés estatal, se provee cuidado con equidad a todos los pacientes, independientemente de su nivel de aseguramiento”.<sup>342</sup>

Prosigue Villar sosteniendo que “A la hora del balance si hay algo que resulte evidente es que la Ley 100 ha sido un poderoso instrumento de enriquecimiento para el capital financiero dedicado a la intermediación. Ningún negocio parece haber sido más productivo en el país durante este periodo que ser asegurador en salud, lo que ha ubicado rápidamente a estas empresas en el “top” de la “productividad” y el enriquecimiento. En la revista Semana número 1147/ 2004 se registran a SaludCoop,

---

<sup>339</sup> VILLAR CENTENO, Luis Ángel, La ley 100: El fracaso estatal en la salud pública, p. 1. EN: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>

<sup>340</sup> VILLAR CENTENO, Luis Angel, Op. Cit. p. 1

<sup>341</sup> Ibid., p. 2

<sup>342</sup> Ibid., p.2

Coomeva, Colsánitas Medicina Prepagada, Susalud y Salud Total en las 100 empresas más grandes de Colombia”.<sup>343</sup>

Este panorama no fue desconocido para la población en general, la cual tuvo acceso a la información a través de revistas, medios de comunicación y redes sociales, y por sus experiencias personales que los orillaron a reclamar del Estado, vía tutela, la atención en salud, hasta el punto de haberse registrado un total de 10.732 tutelas en 1992, alcanzando una cifra de 96.226 tutelas para 2006, superando las 500.000 tutelas entre 1992 y 2006<sup>344</sup>, presentadas por afiliados tanto al régimen contributivo como al subsidiado, la mayoría falladas a favor de los tutelantes, hecho éste que desestabilizó en mayor medida el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero dejó al descubierto tanto la ineficiencia del mismo como los altos niveles de corrupción que se imponían al interior del mismo, y sobre todo, la necesidad de implementar una reforma de fondo a la Ley 100 de 1993.

#### **4.2. MODIFICACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -LEY 1122 DE 2007-**

Terminado el mandato de Gaviria Trujillo, asumió la presidencia en 1994 el liberal Ernesto Samper Pizano, quien, a pesar de simpatizar con las ideas neoliberales, se mostró como un socialdemócrata durante su campaña electoral. Sin embargo, su Plan de Gobierno incluía la continuidad de la privatización de las principales empresas del Estado, especialmente las de servicios públicos. Guillermo Perry, ministro de Hacienda y Crédito Público de la administración Samper, expone que dicho Gobierno “llegó con un programa bien elaborado que buscaba continuar el proceso de apertura y de modernización iniciado por Gaviria. [...] Desarrollamos a plenitud la ampliación del seguro de salud que ordenó la ley 100 de 1993”,<sup>345</sup> apreciación esta que no concuerda con lo manifestado por Londoño De La Cuesta en mayo de 1995 respecto de la implementación y reglamentación de la ley 100: “Más que avances, se observan demoras, retrocesos y confusiones. El nuevo sistema competitivo y solidario de seguridad social no ha podido arrancar con fuerza ni calidad”.<sup>346</sup>

<sup>343</sup> VILLAR CENTENO, Luis Ángel, Op. Cit., p. 59

<sup>344</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2018, p. 85 EN: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

<sup>345</sup> PERRY, Guillermo, Op. Cit., p. 297.

<sup>346</sup> LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis. No arranca la ley 100. Diario EL TIEMPO, mayo 18 de 1995. EN: <https://m.eltiempo.com/archivo/ocumento/MAM-328399>

Culpa Londoño al ministro de Salud de Samper, Alonso Gómez Duque, del partido liberal, de la inoperancia de las EPS, por su falta de liderazgo, o peor aún, por su franca resistencia a ponerlas en funcionamiento. Y sostiene que: “Una vez se posesionó, anunció la necesidad de revisar toda la legislación desarrollada por la anterior administración y decidió paralizar la aprobación de las EPS. La promoción de la nueva ley de seguridad social se paralizó”.<sup>347</sup> A Londoño le parecía contrario a la sana lógica económica, que es la lógica neoliberal, que Gómez Duque hubiera reducido el valor de la Unidad de Pago por Capitación en un 15%, (dinero que el sistema le daba a las EPS por prestar el servicio de salud a cada persona) y haya limitado el monto de los ingresos adicionales por copagos (dinero con el que debe contribuir una persona para recibir ciertos servicios médicos).<sup>348</sup>

En entrevista rendida a la Revista Salud Colombia en 2002, el exministro Gómez Duque hace una evaluación de la aplicación de la ley 100 a siete años del inicio de su implementación, llegando a las siguientes conclusiones: (i) La cobertura universal no se ha alcanzado, aunque se haya logrado implementar sistemas de aseguramiento; (ii) El Estado no ha asumido su responsabilidad en materia de financiación; (iii) La cobertura del Régimen Contributivo, no incorporó a los independientes; (iv) La ley 100 no estableció un sistema de salud pública; (v) Esta ley se concibió como un sistema de aseguramiento que presta servicios de salud, y (vi) Al perderse la responsabilidad del Estado sobre la atención de la salud de las personas, todo se va al mercado.<sup>349</sup>

Gómez Duque recordaba también en la entrevista un asunto de gran importancia y trascendencia en la evaluación de la ley 100 de 1993, pero que no resulta extraño en un sistema de economía de mercado. En efecto, se refirió a su experiencia frente a las EPS existentes en enero de 1995, cuando luego de reunir las para invitarlas a prestar el servicio dentro del régimen subsidiado, todas se negaron a entrar en este nicho de mercado. Y comentaba que más tarde, el tiempo le dio la razón, porque “hubo EPS -cuyos nombres no quiero mencionar-, que lograron balancearse a través del Régimen Subsidiado, para poder controlar el déficit del Régimen Contributivo. Esto es lo que el presidente Samper ha llamado el Síndrome de Hood Robin. Usted recordará que el de Robin Hood es quitarle a los ricos para darle a los pobres. Aquí se convirtió en el

---

<sup>347</sup> LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis, El Tiempo, mayo 18 de 1995. En:

<https://m.eltiempo.com/archivo/ocumento/MAM-328399>

<sup>348</sup> Ibid., mayo 18 de 1995. EN: <https://m.eltiempo.com/archivo/ocumento/MAM-328399>

<sup>349</sup> GÓMEZ DUQUE, Alonso. Entrevista rendida a la Revista Salud Colombia, Bogotá, abril de 2002. EN: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud64/report64.htm>

revés, quitarle a los pobres para darle a los ricos. Entonces, yo creo que la evolución me dio razón en el sentido de que el Régimen Subsidiado había que protegerlo mucho”.<sup>350</sup>

La actitud asumida por las EPS en 1995 puede encontrar justificación en el artículo 333 de la Constitución Política de Colombia, que consagró la libertad económica y la iniciativa privada, pero se debe tener en cuenta que allí mismo puso como límites el bien común y el interés social, al cual concurren de manera preferente la salud y el saneamiento ambiental, por ser servicios públicos que de no ser administrados responsablemente afectan y ponen en peligro la salud y la vida de las personas. Es por esto que el Estado tiene el deber, tratándose de los servicios públicos de salud, de regular y restringir su desarrollo y ejercicio cuando la prestación está a cargo de los particulares, no significando esto que pueda sustraerse de su obligación de garantizar dicha prestación.

Lentamente, desde 1993 hasta 1998, la ley 100 demostró su ineficacia en materia de universalidad, financiación, solidaridad y operabilidad, especialmente en el régimen subsidiado, ya por su implementación tardía a partir de 1995, ya por la renuencia de las EPS a asumir el POSS, por la sencilla razón de que no veían en este subsistema una actividad económica altamente lucrativa. Es por ello que la meta trazada por Samper Pizano en su Plan de Desarrollo “El Salto Social” de “vincular a diez millones de colombianos pobres a los servicios de un novedoso sistema de salud subsidiado”,<sup>351</sup> se vio truncado, alcanzando una cobertura de menos de ocho millones de afiliados a finales de su periodo presidencial.<sup>352</sup>

En un escenario de “crisis política”, al decir de Vega Vargas Manuel, generado por la penetración de dineros provenientes del narcotráfico en la campaña de Ernesto 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. Solo al término del periodo los gremios respaldaron al presidente, lo cual se hizo manifiesto en 1997 durante la declaración de emergencia económica”.<sup>353</sup>

---

<sup>350</sup> GÓMEZ DUQUE, Alonso, Entrevista rendida a la Revista Salud Colombia, Bogotá, abril de 2002.

<sup>351</sup> SAMPER PIZANO, Ernesto. Aquí estoy y aquí me quedo, 2000. Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio, El renacer de una ilusión, Tomo I, Op. Cit., p. 366

<sup>352</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Estadística, Series de población 1985-2020. EN: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=238&Itemid=121](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121)

<sup>353</sup> VEGA VARGAS, Manuel y Cols., Op. Cit., p. 70

El gobierno de Samper estuvo marcado por el escándalo de infiltración de dineros del narcotráfico en su campaña electoral, hecho éste que generó una desestabilización gubernamental y un abandono de los propósitos trazados en su Plan de gobierno, entre ellos los relacionados con la seguridad social en salud. Mónica Uribe refiere que “entre las metas propuestas para el sector estaban garantizar la afiliación progresiva de la población al nuevo sistema de aseguramiento (contributivo y subsidiado), sustituir los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda y apoyar la transformación de los hospitales públicos en empresas estatales autónomas (empresas Sociales del Estado)”.<sup>354</sup>

Alonso Gómez Duque, primer ministro de Salud de Samper Pizano, médico sindicalista del Hospital San Juan de Dios, no compartía algunos aspectos de la reforma contenida en la ley 100. Sin embargo, debió acomodarse a lo establecido en el decreto 2491 de 1991 que fijaba el régimen de transición de cobertura para la prestación del servicio público de seguridad social en salud, sobresaliendo las medidas relativas a la contratación de los servicios de salud de las entidades territoriales con las Empresas Sociales del Estado mediante un contrato de prestación de servicios, y recibiendo el pago no por la oferta sino por la demanda o atención de los pacientes. Pese a ello sus contradictores lo hicieron responsable de la lentitud en el proceso de implementación de la reforma.

Durante el periodo de transición establecido por el decreto 2491 de 1994, hoy derogado, se inicia la reestructuración del ISS que buscaba, esencialmente, su descentralización total y acabar con su doble función como entidad aseguradora y prestadora de los servicios. Dicho ya incorporaba los elementos básicos de la economía neoliberal, porque claramente aludía, no a la prestación de servicios, sino a la venta de los mismos, y facultaba a las IPS para establecer los costos y tarifas de dicha venta (art. 10). Esta medida que ocasionó una fuerte resistencia de sus sindicatos de trabajadores, quienes se negaron “a aceptar las nuevas reglas de contratación y funcionamiento”,<sup>355</sup> hasta el punto que hacia 1997 aún no se alcanzaban estas modificaciones.

En 1995, y por un corto periodo, asume el Ministerio de Salud el médico liberal Augusto Galán Sarmiento, defensor de la reforma en salud, quien venía de ocupar la

---

<sup>354</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica María. La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006), Tesis de Grado 2009, México, D.F., 2009, p. 162

<sup>355</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica María, Op. Cit., p. 167.

misma cartera en la administración Gaviria. El nuevo ministro se propuso dar impulso a la implementación del régimen subsidiado, que era, en su momento, bandera del gobierno Samper. En marzo de 1996 asume la Cartera de Salud, María Teresa Forero de Saade, directora de la Asociación Colombiana de Medicina Integral -ACEMI-, quien encaminó su gestión, netamente privatizadora, hacia la creación de 31 entidades de salud, de las cuales 21 eran de carácter privado.<sup>356</sup>

El fortalecimiento de las EPS e IPS privadas, junto con la descentralización del gasto, que salió de la órbita del Gobierno Central y pasó a los entes municipales, favoreció el despilfarro de los dineros allegados para atender los gastos de la salud, y según lo afirma Mónica Uribe, “Sobre el manejo de los recursos del sistema también se divulgaron distintas irregularidades. Entre 1996 y 1997 muchos alcaldes se aprovecharon del aumento del gasto en el sector, para desviar los dineros de la salud a otros campos”,<sup>357</sup> contando para ello con el incremento en el gasto social en salud que pasó de 3.5% en 1993 a 5.5% para 1999.<sup>358</sup> Al efecto, se pregunta Garay Salamanca, “por qué habiéndose duplicado el gasto social, no se observan efectos paralelos en el mejoramiento de la calidad y cobertura de servicios públicos para las poblaciones más desfavorecidas”.<sup>359</sup>

La consecuencia más notable del modelo privatizador de los servicios de salud en Colombia, implantado en las administraciones Gaviria y Samper, fue la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, las cuales entraron a competir en el mercado de la salud y a contratar la afiliación con las EPS privadas.

Estas instituciones públicas tuvieron que adaptarse, entonces, a los bruscos cambios de la competencia y de la innovación tecnológica, fenómeno que las relegó a una condición de inferioridad frente a las megaempresas del sector privado, hasta el punto de entrar en crisis hacia 1998. Los hospitales mayormente afectados en esta crisis fueron: San Juan de Dios, Materno Infantil, Santa Clara, y el Universitario de Cartagena, en razón de los inmensos pasivos que tenían frente a las empresas que les suministraban los insumos sanitarios.

---

<sup>356</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica María, Op. Cit., p. 167

<sup>357</sup> Ibid., p 170,

<sup>358</sup> GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. El embrujo autoritario. Primer año de Gobierno de Álvaro Uribe Vélez, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2003, Op. Cit., p. 40.

<sup>359</sup> Ibid, p. 40

Entre 1998 y 2002 asumió la Presidencia de la República el conservador Andrés Pastrana Arango, quien dentro de un modelo marcadamente neoliberal profundizó el proyecto aperturista de la economía, impulsando la privatización de las empresas públicas, proceso del que no escapó el sector salud. Los problemas que ya se habían registrado por la reglamentación de la ley 100 de 1993, se acrecientan por la recesión económica heredada de la administración anterior que obligó a la reducción de las partidas presupuestales dirigidas a atender los gastos en el sector salud. Sin embargo, esto no fue obstáculo para que se le diera impulso a la aplicación de la ley 100 en todo el territorio nacional, sobre todo en materia de ampliación de cobertura y reducción de la evasión de los aportes al régimen subsidiado.

Un aspecto destacable dentro de la administración Pastrana Arango fue la crisis económica registrada en los balances del ISS, que en este momento reunía las condiciones de Fondo Público de Pensiones, EPS pública, IPS pública y ARP pública, no contando entonces con los recursos financieros necesarios para cubrir todos estos frentes, tanto en el área administrativa, (nóminas) como de las obligaciones derivadas del pago de las mesadas pensionales de sus afiliados. Lo anterior condujo a que se elevaran voces pidiendo su liquidación, a cuya cabeza estaba su entonces Director Jaime Arias Ramírez. No obstante, esta decisión que se aplazó merced a la intervención de los diferentes sindicatos del ISS.

Durante la administración Pastrana Arango tampoco se alcanzaron las metas previstas en la ley 100 de 1993, en cuanto a cobertura, implementación de los subsistemas contributivo y subsidiado, universalidad, calidad de la prestación de los servicios y financiamiento. Observa Mario Hernández que: “En el terreno de la salud pública, la situación era, más que contradictoria, alarmante. Las coberturas de vacunación que habían logrado cifras nacionales cercanas al 95% de la población menor de cinco años en las vacunas del PAI al comenzar la década del 90 descendían preocupantemente en lo especial en los municipios y departamentos con alta proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas”<sup>360</sup>

La misma apreciación tenía Herman Redondo, Presidente de la Asociación Médica Sindical -ASMEDAS- quien en entrevista suministrada al periódico El Tiempo el 7 de agosto de 2000, a dos años del gobierno de Pastrana, manifestó lo siguiente: “El

---

<sup>360</sup> HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario y otros. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia, 1902-2002, Citado por QUEVEDO VÉLEZ, Emilio. El renacer de una ilusión, Tomo I, OP. Cit. P. 369

balance no es bueno porque en los dos últimos años hemos retrocedido en materia de salud pública; la crisis hospitalaria se ha empeorado y las reestructuraciones llevadas a cabo no la han solucionado, lo único que han producido es mayor desempleo en el sector y recorte de servicios a la población; existe crisis en las EPS públicas, también sin aparente solución y la población vinculada, sin protección específica, supera los 22 millones de compatriotas”.<sup>361</sup>

En este mismo mes, José Félix Patiño, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, presentó un balance de los logros y fracasos registrados durante el gobierno Pastrana en el sector salud, luego de seis años de vigencia de la ley 100, resaltando como hechos positivos los siguientes: (i) El Proyecto de Ley de Salud Pública que cursa actualmente en la Cámara de Representantes y que ya fue aprobada en Senado y que se aspira dar un giro radical al sector; reducir el consumo de tabaco, mejorar la calidad de la atención y contar con un nuevo código sanitario; (ii) La reestructuración de 27 hospitales de II y III nivel y (iii) El impulso anunciado al sector salud, con una proyectada inversión de 150 mil millones de pesos.

Los aspectos negativos resaltados por Patiño se sintetizan así:

“El cierre del Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos, luego de 58 años de existencia y que era el epicentro de la atención infantil en Bogotá.

La crisis de muchos hospitales, como el San Juan de Dios que estuvo a las puertas de un cierre definitivo y que solo hasta ahora vislumbra un futuro diferente y una opción para salir de la crisis. [...]

La crisis del Seguro Social y la amenaza de cierre de sus clínicas que tienen en vilo a más de 10 millones de afiliados. [...]

En el año 2000 todos los colombianos deberán estar afiliados al sistema general de Seguridad Social en Salud. Promesa incumplida, pues según datos del Ministerio de Salud en este momento hay 9.376.000 afiliados al régimen subsidiado y 12.565 al contributivo”.<sup>362</sup>

No se puede dejar pasar por alto la expedición de la ley 715 de 2001 durante la administración Pastrana, ya que esta norma enfatizó el modelo neoliberal, especialmente en cuanto al ajuste fiscal, medida exigida, como ya se ha explicado

<sup>361</sup> REDONDO, Herman. Entrevista rendida al periódico EL TIEMPO, 7 de agosto de 2000. EN: <https://www.eltiempo.com/amp/archivo/documento/MAM-1212687>

<sup>362</sup> PATIÑO, José Félix. Entrevista rendida al periódico EL TIEMPO, 7 de agosto de 2000, Op. Cit., EN: <https://www.eltiempo.com/amp/archivo/documento/MAM-1212687>

anteriormente, por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, a cambio de empréstitos dirigidos a financiar los programas sociales. El ajuste fiscal en materia de salud implementado en esta ley, se vio reflejado en la reducción de la nómina oficial de las entidades de seguridad social y en la disminución de las transferencias que el Gobierno Nacional hacía a los entes territoriales para atender la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.

Otro aspecto contemplado en la ley 715, fue la descentralización de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que pasaron a manos de los entes territoriales (departamentos, distritos y municipios), para lo cual los dos últimos deberían elaborar el plan de acción a seguir al respecto e incorporarlo en el PAB.

El fracaso del proceso de paz adelantado por Andrés Pastrana Arango con las FARC facilitó la llegada al gobierno de Álvaro Uribe Vélez, quien había liderado el proyecto privatizador de la seguridad social integral en pensiones y salud en el Congreso de la República. Como se anotó en el numeral 1.4. de la presente investigación, el gobierno de Uribe siguió al pie de la letra los mandatos del Consenso de Washington en materia de ajuste fiscal, reducción del gasto público, privatización de las empresas públicas, disminución de las garantías prestacionales y salariales de los trabajadores, minimización de las garantías laborales en materia de contratación, desregulación de las actividades financiera, crediticia y bancaria, reducción de los aranceles y de impuestos a los grandes patrimonios, creación de subsidios a favor de los grandes empresarios agroindustriales, sustracción del Estado del cumplimiento de sus deberes sociales, especialmente en materia de salud, trasladando dicha responsabilidad a los particulares, y minimización del aparato estatal.

Sobre este último aspecto, Uribe fusionó el Ministerio del Interior y el Ministerio de Justicia en uno solo que denominó Ministerio del Interior y de Justicia, y el de Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud, para formar el Ministerio de Protección Social, al frente del cual nombró a Juan Luis Londoño De La Cuesta, con la intención de garantizar la continuidad de las políticas privatizadoras de la seguridad social, cargo que ocupó hasta su muerte el 6 de febrero de 2003, dejando en el tintero una serie de reformas que venía preparando, tendientes a fortalecer las políticas de la ley 100 de 1993.

En reemplazo del fallecido ministro, fue designado el médico Diego Palacio Betancourt, quien prosiguió con la idea que venía gestándose desde el gobierno de

Andrés Pastrana de marchitar el ISS, argumentando ineficiencia administrativa, despilfarro, iliquidez financiera y corrupción. Sobre estas bases sobre las cuales procedió a la reestructuración del mismo, para separar los asuntos de aseguramiento y los de prestación de los servicios de salud.

Durante los 5 primeros años de gobierno de Uribe se presentaron avances significativos en la cobertura, pasando de 23.9 millones de asegurados en 2002 a 36.4 millones de asegurados en 2006, sin contar los regímenes de excepción, para un crecimiento en el régimen contributivo de un 23% y de un 88% en el régimen subsidiado.<sup>363</sup> Pero la mala prestación de los servicios, que se denominó ‘el paseo de la muerte’, condujo a buena parte de la ciudadanía a presentar acciones de tutela encaminadas a lograr, desde el simple otorgamiento de una cita médica, hasta un procedimiento quirúrgico. Esta situación desbordó el aparato judicial y administrativo.

Esta alarmante situación desencadenó también la presentación, para finales de 2004, de tres proyectos de ley, incluyendo uno de iniciativa gubernamental, presentado por el ministro Palacio Betancourt, que tuvo como objetivo central modificar la ley 100 de 1993. Pero, ni a éste ni a los otros dos, se les dio trámite legislativo. Ya después, en 2006, el número de Proyectos de Ley encaminados a lograr la reforma de la mencionada ley 100 alcanzó la cifra de 17, incluyendo también uno de iniciativa gubernamental. Ocho de ellos tuvieron iniciativa en el Senado y 9 en la Cámara de Representantes, todos los cuales fueron acumulados en un solo cuerpo que fue tramitado bajo el No. 02 de 2006 Cámara -040 de 2006 Senado, y que, finalmente, se convertiría en la ley 1122 de 2007.

Las propuestas de reforma de la ley 100, desde 2003, partieron siempre de un diagnóstico o radiografía de la situación de la población respecto de la afiliación y prestación de los servicios públicos de salud, pero las diferentes propuestas se fueron acumulando hasta tener como eje directriz el Proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social, a cuya cabeza se encontraba Diego Palacio Betancourt.

La Senadora Dilian Francisca Toro, presentó a consideración del Congreso el Proyecto de Ley 01 de 2006 (que fue acumulado con los 16 restantes), en el cual

---

<sup>363</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Protección Social, Informe de Gestión 2002-2010. EN: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Informe%20Rendicion%20de%20Cuentas%202002-2010.pdf>

elabora una radiografía de la salud en Colombia, con fundamento en las estadísticas oficiales, reportadas por el DANE y el Ministerio de la Protección Social, consignando lo siguiente:

“A pesar de lo dispuesto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 y en la Carta constitucional, hasta ahora no ha sido posible lograr la cobertura universal de aseguramiento como servicio público de carácter obligatorio. Actualmente, de acuerdo a información del Ministerio de la Protección Social se encuentran afiliados al Régimen Contributivo 15.5 millones de colombianos, y al subsidiado 18,6; de ellos 2,1 millones con subsidio parcial y 16,5 con subsidio total. Es decir que quedarían cerca de 8,5 millones de personas sin protección específica de salud. Tampoco ha sido posible igualar el contenido del Plan Obligatorio de Salud, POS, contributivo y subsidiado y ha surgido además el concepto de los subsidios parciales que ofrecen una cobertura especialmente enfocada a las enfermedades definidas como de alto costo, sin garantizar un protocolo completo de atención de sus enfermedades de base o para su prevención en etapas tempranas”.<sup>364</sup>

Sostenía la Senadora Dilian Francisca Toro que “el sistema de salud se viene desarrollando de forma fragmentada, con escasa movilidad entre regímenes” y aclaraba que había personas “que pudiendo obtener un plan contributivo, acompañado de cobertura en pensión y riesgos profesionales, permanecen afiliadas al régimen subsidiado. Este desequilibrio hace al sistema ineficiente y descoordinado”.<sup>365</sup>

Como se advirtió anteriormente, el Proyecto de ley que lideró las 16 propuestas restantes, fue el del Ministro Diego Palacio Betancourt, asignado con el número 02 Cámara 2006, dentro del cual se priorizaron los aspectos relacionados con la cobertura y la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aspectos éstos que aparecen consignados en el cuerpo de sustentación del Proyecto, y que resaltan los esfuerzos de ampliación de cobertura que se deben adelantar por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del Sisbén.

En este punto es importante señalar que el proyecto inicialmente presentado por el Gobierno Nacional, vale decir, aquel que aún no incluía la acumulación de los restantes 16 proyectos, no regulaba la integración vertical de las Empresas Prestadoras de Salud con su red propia, aspecto que si fue considerado en el Proyecto de Ley 01 de 2006 de autoría de la senadora Toro. La razón por la cual esta integración no se

<sup>364</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 249, Bogotá, 2006, p. 4

<sup>365</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 249 p. 4

incorporó en el primigenio proyecto gubernamental puede radicar en la filosofía de la libre competencia que venía irradiando todas las actividades económicas, incluidas las de la salud, al amparo del artículo 333 de la Constitución de 1991. De esta manera, incorporar la regulación de la integración vertical dentro de la reforma al SGSSS, se constituía en un atentado contra la libre empresa, y las telarañas que se van tejiendo en su nombre, que técnicamente se denominan conglomerados.

La integración vertical fue agregada posteriormente en el Proyecto que se sometió a consideración de las Comisiones Conjuntas a finales de octubre de 2006, por obra y gracia del consenso alcanzado dentro de los grupos de trabajo de las respectivas Comisiones, tema que no fue de buen recibo por parte del ministro de la Protección Social, como se verá posteriormente.

En la Exposición de Motivos de dicho Proyecto, el ministro de la Protección Social Diego Palacio Betancourt, enfatizaba que “a pesar de los avances y del gran salto de los últimos dos años, [2004-2005] no se ha logrado la meta de universalizar la cobertura prevista para el año 2001. Es preocupante que alrededor del 18% de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean personas de los niveles más pobres”. Advertía que los recursos con que disponía el régimen subsidiado en ese momento no permitían alcanzar la meta de cobertura universal para dicho subsector. “Por ello se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad”.<sup>366</sup>

Sobre la salud pública el ministro en su exposición de motivos sostiene que “El Plan de Atención Básica, PAB, creado por la Ley 100 de 1993, define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios”. Pero desafortunadamente la reglamentación que se ha hecho de la ley 100 sobre el PAB y los conceptos relacionados con la salud pública, han generado una confusión respecto de las responsabilidades que corresponden a cada una, de tal manera que se pierde el rumbo, generando que las acciones se disuelvan, la atención a las personas y a las colectividades no sea oportuna, y suficiente, y se pierda la transparencia en el manejo de los recursos.<sup>367</sup>

---

<sup>366</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 249, Bogotá, 2006, p. 10

<sup>367</sup> Ibid., p. 10

Una vez radicado el Proyecto gubernamental con el número 02 de 2006 Cámara, el Gobierno Nacional, presidido en su segundo mandato por Álvaro Uribe Vélez, envía al Congreso mensajes, primero de urgencia y luego de insistencia, a fin de que se le diera, de una vez, trámite en las Comisiones Séptimas Conjuntas de Senado y Cámara, obviando el trámite por separado de las Comisiones respectivas, con lo cual se evitaba un debate. Así mismo, con el mensaje de insistencia se debía dar trámite prioritario a la iniciativa gubernamental, sobre cualquier otro Proyecto.

Iniciado el primer debate en las Comisiones Séptimas Conjuntas de Senado y Cámara a finales de octubre de 2006, se pone en conocimiento de los Congresistas el cuerpo del articulado del Proyecto de Ley 02 Cámara/2006-40 Senado/2006, llamando especialmente la atención sobre asuntos pertinentes con la libre competencia, la integración vertical, la cobertura del servicio, aseguramiento, salud pública y la financiación y la dirección del sector.

En el informe de ponencia para primer debate del proyecto de ley 040 de 2006 Senado-02 de 2006 Cámara, presentado por los coordinadores Eduardo Benítez Maldonado y Dilian Francisca Toro a mediados del mes de octubre de 2006, se lee lo siguiente: “Cálculos del Ministerio de la Protección Social indican que aproximadamente el 82% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 38% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 44% al Régimen Subsidiado. A pesar de los avances y del gran salto de los últimos dos años, no se ha logrado la meta de universalizar la cobertura prevista para el año 2001. Es preocupante que alrededor del 18% de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean personas de los niveles más pobres”.<sup>368</sup>

Igualmente señalan que el Proyecto de Ley propugna por el aseguramiento de toda la población y por una cobertura universal, y así lo consignan: “Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS. Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, (...). Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y

---

<sup>368</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 489, 2006, p. 8

del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población”.<sup>369</sup>

Es importante señalar aquí que la ponencia gubernamental no tuvo el apoyo unánime de todos los Ponentes, lo que dio lugar a que se presentara a consideración de las Comisiones, la que se denominó Ponencia de Minorías, suscrita por los Senadores Luis Carlos Avellaneda, Piedad Córdoba y Gloria Ramírez, y los Representantes Germán Aguirre Muñoz, Jorge Morales Gil, Pompilio Avendaño y Jorge Rozo<sup>370</sup>, que valga la pena aclarar, no contó con el apoyo de los integrantes de las dos células legislativas, pero que aportó elementos valiosos para el debate, tanto en Comisiones, como posteriormente en la plenaria de cada una de las Cámaras.

La mencionada Ponencia de Minorías de fecha 27 de octubre de 2006, de autoría del Polo Democrático, dejó al descubierto la ausencia de equidad en el sistema, al estimar que “5.032.770 colombianos no tienen garantizado el acceso a los servicios de salud y que realmente solo el 43% de los colombianos, los afiliados a los Regímenes Contributivo y Especiales, tienen acceso a todos los niveles de atención contemplados en el Sistema”. Exponía el documento que “el Gobierno hábilmente presenta estas cifras, como un avance en la cobertura y considera que es un paso hacia la universalización, pero la realidad es que estos avances son aparentes. Millones de colombianos (...) están marginados del sistema, algunos afiliados al mismo se estrellan con limitaciones para acceder a los servicios y la calidad es la gran cuestionada en este panorama. Las anteriores cifras resultan más preocupantes si se tiene en cuenta que los recursos públicos destinados al sector salud, se han venido incrementando de forma acentuada a partir del año 1993, pasando de un 2% a un 4% del PIB, es decir, un incremento de 100% en 9 años”.<sup>371</sup>

También puso de presente la Ponencia de Minorías el fraccionamiento de la concepción de la salud entre pública e individual, “dejando establecido que los bienes privados corresponden a los servicios de atención individual de la enfermedad y responden a la lógica del mercado, mientras que los bienes públicos se concentran en aquellas acciones y servicios que demuestran tener altas externalidades”.<sup>372</sup>

---

<sup>369</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 489, 2006, p. 9

<sup>370</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 510, 2006, p. 16

<sup>371</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso 510, 2006, p. 11

<sup>372</sup> Ibid, p. 15

Concluía la Ponencia de Minorías afirmando que la dicotomía entre salud pública e individual “asocia la atención en salud como una mercancía y el derecho a la salud como un negocio, definido en los contratos entre agentes del mercado, estructurando una salud para pobres y otra para ricos, que dentro del actual sistema se traduce en que quien tiene, obtiene beneficios, mientras que el que no, debe demostrar su condición de pobre para concursar por una mínima atención. Esta división ha afectado la prestación de los servicios preventivos y los curativos, favoreciendo el debilitamiento de la estructura de programas verticales, de carácter nacional, para enfermedades prioritarias, sobre las cuales existan formas conocidas de control. Estos programas deben contar con recursos específicos y requieren dirección centralizada, como la del Instituto Nacional de Salud, debiendo ser adoptados y adaptados por las restantes entidades territoriales”.<sup>373</sup>

Continuando con el Informe de Mayorías, los Ponentes del Proyecto 02 Cámara-40 Senado/2006, dejaron al descubierto su posición frente a la reforma de seguridad social que se venía adelantando, ya que, a su parecer, “deja de lado aspectos esenciales de la salud pública, con repercusiones negativas para la salud de los colombianos y la eficiencia del sistema de salud. Los mayores esfuerzos se están concentrando en la atención curativa de la enfermedad en la última etapa de su desarrollo, que es cuando se manifiesta con signos y síntomas, y mayores costos e impacto para el país. A pesar del aporte de mayores recursos y del hecho evidente de una productividad mucho mayor, no se ha logrado controlar ni atender numerosas causas de enfermedad e incluso otras parecen estar empeorando”.<sup>374</sup>

Advirtieron que este problema derivó de la ley 100 de 1993, donde no existe una política explícita de salud pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho y que sus reglamentaciones, a cambio de aclarar su concepción, indujeron a confusiones entre lo que es la salud pública, el Plan de Atención Básica, la promoción y prevención, y las acciones y servicios a los individuos para beneficio de la colectividad. Además, la salud pública, como se encuentra diseñada en la ley 100, presenta una ejecución ineficiente, “debido en gran parte a que se han reducido y desmontado los equipos de salud idóneos y se carece de recursos físicos, financieros, logísticos y humanos capacitados en el área. La dispersión de recursos y programas de promoción y prevención, y la proliferación de normas para ejecutar estos recursos, vienen entorpeciendo la ejecución de los mismos,

---

<sup>373</sup>REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso 510, 2006, p 16

<sup>374</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso 489, 2006, p. 11

al tiempo que están vigentes normas contradictorias y obsoletas como la Ley 9ª de 1979”.<sup>375</sup>

Así las cosas, proponen los Ponentes una definición de salud pública (artículo 19 del Proyecto), entendida ésta como “el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicadores de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad”.<sup>376</sup> Como se observa, en el artículo 19 referido, no se incluyó dentro de la definición de salud pública el término “salubridad”, que luego fuera incorporado en el transcurso del debate y aprobado finalmente por la Plenaria.

Conocido y analizado el informe de Ponencia de Mayorías, cuyo articulado fue el que finalmente se puso en discusión por parte de los integrantes de las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, se dio inicio al debate al interior de las mismas, en el cual, como se deduce de las Actas que contienen las deliberaciones, intervinieron fundamentalmente los grupos de oposición, dado que las bancadas que apoyaban la iniciativa del gobierno se limitaron a dar su voto positivo y a negar las propuestas de reforma allegadas por parte de las minorías, compuestas por los Congresistas del Polo Democrático, los grupos étnicos (indígenas y negritudes) y por una pequeña ala del partido liberal.

Una de las primeras intervenciones en las Comisiones Conjuntas fue la del Ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt, quien en su disertación invitó a votar favorablemente el proyecto 02 Cámara, 40 Senado, de 2006, el cual, según sus palabras, recogía el consenso de la opinión pública expresado en más de 60 foros realizados durante los últimos tres años. Argumentó el Ministro que el Proyecto buscaba ampliar el aseguramiento en salud a fin de que la totalidad de la población colombiana pudiera tener acceso a este importante instrumento, pero para que ello fuera posible era indispensable contar con los recursos para su financiación, que se obtendrían mediante el Plan Nacional de Desarrollo, las transferencias, el presupuesto anual y la reforma tributaria.<sup>377</sup>

---

<sup>375</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso 489, 2006, p. 11

<sup>376</sup> Ibid., p. 16

<sup>377</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122 de 2006, p. 564

Para el Ministro Palacio Betancourt, si en la discusión simultánea de esos cuatro proyectos económicos no se llegaba a la aprobación de los recursos para la universalización de la cobertura en salud, se le estaría enviando un mensaje claro al país de que “la salud no es prioridad, tenemos otro tipo de intereses, otro tipo de prioridades”.<sup>378</sup> Y recordó al auditorio, que los temas de financiación y de integración vertical enredaron la discusión y aprobación de anteriores proyectos de reforma a la salud, cosa que no se podía permitir en la propuesta actual, “y es que por discutir los intereses de los actores, no pensamos en el usuario, es por eso que el gobierno nacional dijo [...] el usuario qué quiere?, El usuario quiere tener primero aseguramiento, aquellos millones de colombianos que no tiene su carné, quieren tener su carné, los que ya tienen su carné, lo que quieren tener es prestación de servicios, que sea de mejor calidad. Y creo que en ese objetivo de mejorar la calidad para el usuario tenemos todos que tener identidad, tenemos que tener un objetivo común y en eso debemos coincidir el Congreso de la República, los Gobiernos Departamentales, Municipales, los Hospitales, las Clínicas, y los mismos aseguradores”.<sup>379</sup>

Siguiendo con el debate, el Representante Jorge Rozo, liberal del partido Cambio Radical, estuvo a favor de producir una reforma de fondo de la ley 100, que sirviera a los intereses del pueblo colombiano, y no una “reformita que beneficie los intereses de los dueños del gran negocio de la salud”. Y prosigue sosteniendo lo siguiente: “Si nosotros lo que queremos es llegar a profundidad, a servirle y entregarle una salud de calidad a los colombianos, tendríamos que decir que lo primero que tenemos que acabar es con esa intermediación, [...] que lo único que ha servido es para llenarle los bolsillos a los dueños del gran negocio de la salud”.<sup>380</sup>

Pompilio Avendaño, Representante a la Cámara por el Partido Liberal, intervino en el debate con el siguiente cuestionamiento: “¿El gobierno está dispuesto a garantizar la universalidad de la salud de los colombianos? Es lo mínimo que puede hacer un Estado, garantizar la salud de los colombianos. [...] ¿Cuáles son las pretensiones de la reforma a la ley 100? [...] Uno diría primero, garantizar la salud de los cuarenta y un millones de colombianos, en calidad y oportunidad; aquí se habla de la integración vertical, que si los hospitales públicos, los privados; eso no es lo importante; lo importante es cómo le vamos a garantizar la salud a los cuarenta y un millones de colombianos [...] El único interés aquí de la Cámara y el Senado es garantizar la salud;

---

<sup>378</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122 de 2006, p. 563

<sup>379</sup> Ibid, p. 563

<sup>380</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122, Tomo IV, p. 601

aquí hemos aprobado muchos proyectos que perjudican a EPS, a Administradoras de Régimen Subsidiado y que van en detrimento de las Administradoras del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, por qué no garantizar la salud?”.<sup>381</sup>

En este punto Luis Carlos Avellaneda, Senador del Polo Democrático, resaltó que uno de los grandes problemas de la salud en Colombia era la dicotomía entre salud pública y salud individual, una y otra distanciada merced a las concepciones de la libre competencia. Y asoció “la atención en salud como una mercancía y el derecho a la salud como un negocio, definido en los contratos entre agentes del mercado, estructurando una salud para pobres y otra para ricos, que dentro del actual sistema se traduce en que quien tiene, obtiene beneficios, mientras que el que no, debe demostrar su condición de pobre para concursar por una mínima atención. Esta división ha afectado la prestación de los servicios preventivos y los curativos, favoreciendo el debilitamiento de la estructura de programas verticales, de carácter nacional, para enfermedades prioritarias, sobre las cuales existan formas conocidas de control. Estos programas deben contar con recursos específicos y requieren dirección centralizada, como la del Instituto Nacional de Salud, debiendo ser adoptados y adaptados por las restantes entidades territoriales”.<sup>382</sup>

Piedad Córdoba confirmó lo antedicho por el Senador Avellaneda en cuanto que en Colombia existe una salud para pobres y otra para ricos, en detrimento del derecho a la salud, que debería acabar con la intermediación en la prestación de sus servicios. “¿Quién dijo que nosotros para prestar salud tenemos que pasar por un paripaso (sic) que son esas EPS y esas ARS? ¿Cuánto le cuesta al país la intermediación en salud? [...] Lo único que tengo claro es que esa intermediación en salud podría servir para ampliar la cobertura y dar una salud de calidad. Nadie ha dicho que aquí se acaba la salud si se acaba la integración vertical. ¿A quién le sirve la integración vertical? Esa es la discusión que tenemos que dar”.<sup>383</sup>

La Senadora Córdoba, del partido liberal, advirtió en medio del debate que el gobierno está solicitando facultades extraordinarias en casi todo el articulado que se está debatiendo, especialmente en lo relativo a la integración vertical. Y acotó lo siguiente: “Hagamos una cosa: cerremos esta Comisión y que el gobierno haga el proyecto, y punto”.<sup>384</sup> Esta situación también es advertida por la Senadora Gloria Ramírez, quien

<sup>381</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122, Tomo IV. p 599

<sup>382</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 510, año 2006, p. 16

<sup>383</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122, Tomo IV, p. 605

<sup>384</sup> Ibid., p. 605

acota lo siguiente: “Yo no puedo entender por qué hoy el gobierno nos reclama que les demos facultades para legislar sobre el tema del mercado y el negocio de la salud. Ese es un tema que le corresponde a este Congreso (...) El proyecto que se hundió en la integración vertical, hablaba del 30% de la capacidad de contratación en las Entidades Prestadoras y las IPS. Hoy el proyecto que nos traen de facultades extraordinarias habla del 50%, y a mí me llena de honda preocupación”.<sup>385</sup>

Continuó la Senadora Gloria Ramírez, del partido Polo Democrático, haciendo referencia a los temas que planteó el ministro Palacio, tales como la financiación, la cobertura, la calidad y la equidad, pero advirtió que el problema de fondo es el negocio de la salud y del mercado de la salud. Y así lo expresó: “Mientras que tengamos la estructuración de este servicio como un servicio de mercado, va a ser imposible que nosotros podamos decirle a la mayoría del pueblo colombiano que va a tener garantizado su derecho a la salud; por eso, el primer punto, fuerza nodal, está allí. ¿Qué significa la intermediación? Es la vía por la cual aquí los empresarios han venido generando una serie de ganancias a costa de la calidad del servicio de los usuarios y del acceso de aquellos que no tienen la posibilidad de costearse el derecho de la salud, porque tenemos una salud de acuerdo al bolsillo de los colombianos y no un modelo estructural que responda a la necesidad, el que tiene con qué pagarla, tendrá una muy buena salud, pero el que no, se muere en las puertas del hospital, porque ni siquiera tiene el derecho hoy a una ambulancia”.<sup>386</sup>

El Representante Jorge Morales Gil, liberal antioqueño, hizo un juicioso análisis sobre la situación del Seguro Social respecto de las EPS privadas. Sostuvo que al Seguro Social le delegaron la atención del 67% de los pacientes de alto costo, en tanto que las EPS sólo atienden entre un 6% y 8%. Lo anterior le representa al Seguro la suma de \$350.000'000.000 al año, pero aún así, el FOSYGA no le compensa sino sobre el perfil epidemiológico en un monto de 26%, debiendo compensarle a la EPS pública el 100% de lo prestado por alto costo y por medicamentos no POS, quedando entonces el Seguro Social en un déficit de \$200.000'000.000. El FOSYGA tampoco le reconoce tutelas, ni la UPC de los mayores de 60 años, que representan el 50% de los afiliados en salud, y además se le quitan \$300.000'000.000 al año para pagar pensionados afiliados al Seguro Social, o sea que el déficit para prestación de salud asciende hoy en día a más de \$800.000'000.000.<sup>387</sup>

---

<sup>385</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122, Tomo IV. p. 603

<sup>386</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Tomo IV, Ley 1122, 2006, p. 603

<sup>387</sup> Ibid, p. 542

Este panorama fortaleció los argumentos de quienes propugnaban por la liquidación del Instituto de los Seguros Sociales, hecho que se materializó en el 2012 cuando se escindió en la Nueva EPS (salud) y en Colpensiones (pensiones), y cuyo único propósito era fortalecer las EPS privadas, las Administradoras de Riesgos Profesionales privadas y los Fondos de Pensiones y Cesantías Privados, en aras de garantizar la libre empresa y la libre competencia.

Concluido el debate en las Comisiones Conjuntas, se dio paso al segundo debate en las Plenarias de Senado y Cámara, de manera separada, teniendo como fundamento para su discusión los artículos aprobados en las mencionadas Comisiones, entre los cuales vale la pena resaltar los relacionados con (i) la creación de la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y la continuidad del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como órgano asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social; (ii) con el financiamiento del SGSSS encaminado a ampliar la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN, para lo cual se incrementó en 0.5% el valor de las cotizaciones a cargo de los empleadores y se dispuso para el régimen subsidiado una redistribución de las partidas dentro del denominado Sistema General de Participaciones en Salud; (iii) con el aseguramiento, a fin de determinar las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud respecto de la afiliación de toda la población, tendiente a alcanzar la universalización de la cobertura; (iv) con la salud pública, adoptando su definición y asignándole al Gobierno Nacional la definición del Plan de Salud Pública Cuatrienal; (v) con la inspección y vigilancia de todos los actores del SGSSS, asignándole al INVIMA nuevas funciones, especialmente en algunas áreas de salud pública y en la vigilancia de la fabricación, distribución y consumo de los medicamentos; y (vi) con la asignación de nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Plenarias de Senado y Cámara se adelantaron a partir del 6 de diciembre de 2006, y fue notorio el hecho de que los legisladores del partido de gobierno se limitaron a dejar en manos de los ponentes la defensa del articulado propuesto y a aprobar, sin discusión, su contenido, siendo los partidos de oposición los que levantaron su voz para cuestionar aspectos relevantes de la reforma, tales como la primacía de la libre empresa frente al derecho a la salud, proponiendo textos sustitutivos, aditivos y/o modificatorios, ninguno de los cuales fue aprobado en estas sesiones. Se resalta que para este periodo asume la defensa de la Ponencia en Senado Dilian Francisca Toro, y en la Cámara Eduardo Benítez Maldonado.

Uno de los temas que más motivó la controversia fue el relacionado con la creación de la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y su paralelismo con el ya existente Consejo Nacional de Seguridad Social. El Senador Avellaneda sostuvo que “a esa Comisión de Regulación se le han asignado funciones políticas, de regulación, de administración y de vigilancia, y control, [...] como en una colcha de retazos y si tenemos en cuenta que va a subsistir el Consejo Nacional de Seguridad Social lo que creemos es que va a quedar anarquizado el sistema de dirección de la seguridad social en Colombia”.<sup>388</sup>

German Aguirre Muñoz apoyó lo expresado por Avellaneda, y aclaró que “el Consejo se mantiene, sólo que tiene que cumplir con la misión que tendría que haber cumplido de mucho tiempo atrás e inclusive desde la Ley 100 del 93, es recomendar políticas mas no establecer y negociar al interior de ese Consejo Nacional de Seguridad Social las políticas de la Salud que es lo que ha venido ocurriendo”.<sup>389</sup>

El Senador Edmundo Guevara afirmó que: “las Comisiones de Regulación terminan siendo unos funcionarios desligados de los intereses de los usuarios, eso está demostrado en general; defensores en lo fundamental de los intereses de los empresarios, eso es lo que ha ocurrido en Telecomunicaciones, eso es lo que ha ocurrido en Servicios Públicos”. Insiste en que dentro de su conformación debe haber participación directa de los usuarios, porque de lo contrario sería negarles “el derecho que ellos tienen para participar en las condiciones de atención, de supervisión y de hacer propuestas concretas desde los organismos de dirección para mejorar los servicios de salud, ahí no hay trabajadores, ahí no hay voceros de ninguno de los que tienen que ver con la atención en salud afiliados a EPS, es decir, aquí lo que el gobierno hace es tomarse nuevamente otro organismo más”.<sup>390</sup>

Concluyó Guevara afirmando que “las Comisiones de Regulación son en lo fundamental, y han sido, defensores no de los que tienen que defender, sino de los grandes empresarios y de los que aquí se lucran de los derechos de los trabajadores, porque la Constitución, y en el caso de la salud, la Corte, la ha complementado, ha dicho que la salud es un derecho fundamental y aquí lo que terminaron montando ahora para no tener ningún control de los trabajadores, de los pensionados, etc., [...] es un nuevo aparato que ratifique una vez más la negación de ese derecho y la

---

<sup>388</sup> República de Colombia, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 9

<sup>389</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 9

<sup>390</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 10

participación de los trabajadores, y de los afiliados en las definiciones de la política de salud”.<sup>391</sup>

En sesión Plenaria del 6 de diciembre de 2006, el Senador Aguirre (2006) sostuvo que: “Hay que ver el lobby que hacen allí, a ese que yo he denominado el Congresito chiquito, para la inclusión de un medicamento en el POS o para la no inclusión; es muy difícil que se fijen las políticas de la Salud cuando cada quien va a hablar allí por sus propios intereses. Ahí me parece que esta Comisión de Regulación tiene la alta responsabilidad en fijar realmente las políticas de la Salud en el país; no deben ser designados a dedo por el Presidente de la República o del régimen Presidencialista. No. Su origen tiene que emanar de las Universidades”.<sup>392</sup>

Otro aspecto que fue ampliamente discutido en las Plenarias de Cámara y Senado fue el de la financiación del SGSSS. En efecto, el artículo 12 de la reforma propuso la modificación del inciso 1 del artículo 204 de la ley 100 de 1993, para efectos de la recaudación de nuevos recursos dirigidos a la salud. Sin embargo, las fuentes de las que provenían dichos recursos no fueron de buen recibo por parte de la bancada de oposición, contando si con el respaldo total de las bancadas del gobierno, que entre otras cosas apoyaban una reforma tributaria encaminada preferencialmente a cubrir los rubros deficitarios de salud, pensiones y gasto público social.

El Senador Aguirre sostuvo que “hubiera sido muy bueno que del impuesto al patrimonio se hubiera destinado un porcentaje, por lo menos el 50%, para la financiación de la búsqueda de la universalidad en el sistema de la salud. Bajo el precepto de que ese impuesto va orientado a la guerra y que a la guerra significa muerte, podríamos también destinar un impuesto a la vida, que es el impuesto a la salud”.<sup>393</sup> A propósito del tema, en 2002 el Congreso Nacional aprobó una reforma tributaria mediante la cual se gravaron los grandes patrimonios del país, con el propósito de atender el presupuesto del Ministerio de Defensa y toda la logística que demandaba la recuperación de la paz a nivel nacional. Lamentablemente, de este recaudo no se determinó que sus remanentes fueran destinados en la vigencia del 2003, al gasto público social en salud, educación, saneamiento ambiental y alcantarillado.

---

<sup>391</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 10

<sup>392</sup> Ibid, p. 9

<sup>393</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 12

El artículo 13 de la reforma contemplaba la financiación del régimen subsidiado, mediante los recursos cedidos al FOSYGA por las diferentes entidades territoriales. Al respecto el Senador Iván Moreno señaló que la única fuente con que disponían los departamentos y el Distrito Capital para atender a los vinculados, que son los que preferentemente acuden a esta Red, eran las rentas cedidas por estas entidades territoriales. Por lo tanto, por lo que quitar el 25% de esas rentas para la destinación salud, conllevaría a desfinanciar la Red Hospitalaria, sobre todo de segundo y tercer nivel. Así las cosas, Moreno propone que esta supresión de recursos puede hacerse de manera gradual, únicamente cuando se alcance la cobertura universal.<sup>394</sup>

Uno de los problemas que más afectaba la financiación del SGSSS eran las enfermedades de alto costo, tema debatido en las Comisiones Conjuntas del mes de octubre, y como quiera que su problemática no fue incorporada en el articulado aprobado para Segundo Debate, los Senadores Avellaneda y Aguirre, retomaron el tema con la intención de dar solución, al menos teórica, a este sensible aspecto que gravitaba especialmente en las finanzas del Instituto de los Seguros Sociales.

Las enfermedades de alto costo no tuvieron un manejo adecuado en la ley 100 de 1993, generando la ocurrencia de una selección adversa por parte de las EPS y de las ARS. Esa selección adversa tuvo su fuente, al decir de Avellaneda, “en el hecho de que la Ley 100 ha permitido que la salud se convierta en un negocio y, ya que no se ha querido aquí eliminar el ánimo de lucro, que sería una solución radical a este tema, nosotros hemos venido planteando la necesidad de que en el Fosyga, se construya una Subcuenta, y que esa Subcuenta se financie con un porcentaje de las UPC, tanto del Régimen Contributivo, como del Régimen Subsidiado y que con cargo a esa Subcuenta, se paguen los tratamientos de las enfermedades de alto costo”. Sobre este mismo aspecto manifestó Aguirre que dichas enfermedades de alto costo, las deben asumir las EPS y las ARS en lo no establecido en el POS, y recordó tanto al ministro como a la Superintendencia de Salud, sus compromisos para dar curso a esta iniciativa.<sup>395</sup>

Lo cierto es que los efectos financieros de la atención de los pacientes con enfermedades de alto costo repercutieron, de manera especial, en el presupuesto de los Seguros Sociales, porque allí concurría aproximadamente el 70% de dichos pacientes, que representaban un desbalance entre las cuotas aportadas dentro del

---

<sup>394</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 24

<sup>395</sup> Ibid, p. 18

régimen contributivo y los gastos asumidos en sus tratamientos. Lo anterior abrió el camino para que se propusiera la liquidación definitiva de esta entidad, antes que su refinanciación vía presupuesto nacional o mediante la recuperación de las EPS públicas.

Aquí merece la pena compartir la experiencia narrada por el Senador Héctor Rojas, del Partido Liberal, en la Plenaria del 6 de diciembre de 2006, quien aseguró lo siguiente:

“A mí, los amigos de Ecopetrol me buscaron ayer y a todos nos dejaron una carta diciendo hombre mire tenemos una buena administradora de riesgos profesionales que tiene su origen en nuestra Convención Colectiva, por qué nos van a meter al Seguro Social que no nos garantiza la calidad, la eficiencia, el rendimiento que nos da nuestra propia ARP, pero uno no puede venir aquí a defender a los de Ecopetrol solamente, pues debe haber muchos otros trabajadores que tienen en las convenciones colectivas su régimen de ARP, por qué exceptuar a unos que los proponen allá nuestros amigos y no a todos [...]; lo de los maestros pues claro cómo los vamos a desmejorar en lo que dicen ellos que tienen una buena calidad en el cubrimiento de sus riesgos profesionales y lo de las Fuerzas Militares pues aquí uno no puede ni siquiera preguntar por ellos, siempre los excepcionamos de todo, de pensiones, de salud, en todo siempre los excepcionamos, pero eso no puede ser una bandera política de nadie, eso debe ser una decisión ojalá de consenso en el Congreso”.<sup>396</sup>

Es una realidad sociológica que desde la creación del Seguro Social en 1946, y hasta 2006, los sectores interesados en la prestación de los servicios de salud a través de sus empresas particulares, propugnaron por emprender una campaña de desprestigio contra los servicios médicos y hospitalarios que prestaba el Seguro Social, fenómeno que fue alimentado por los altos niveles de corrupción que se vivieron al interior de dicho Instituto, lo cual facilitó el discurso privatizador, cuando no de cierre definitivo de sus servicios.

Luis Fernando Duque García, Senador por el partido Liberal, solicitó al Ministro que aclare cuál es el futuro del Seguro social, y por qué no se fortalecen sus ARP, solicitud reiterada por el senador Héctor Helí Rojas, así: “Señor Ministro yo quiero que usted hable de frente en este tema, al gobierno le vivimos oyendo decir que va a liquidar el Seguro Social, hace 15 o 20 días era la tesis del Presidente, vamos a liquidar el Seguro Social, primera cuestión díganos con toda claridad para qué van a pasar estos recursos

---

<sup>396</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, p. 30

de los riesgos profesionales a una entidad que según ha dicho el Presidente se piensa liquidar o lo que él llama reestructurar dividiendo en una serie de empresas o de sectores, entonces primero que todo seamos serios, se va a liquidar el Seguro, se va a reestructurar de esa forma o no?”.<sup>397</sup>

En algunas exposiciones del primer debate en Comisiones Conjuntas se puso en conocimiento de los Congresistas la lamentable situación por la que atravesaba el Seguro Social, al borde de la quiebra, o en la quiebra, la cual reñía con lo afirmado por el Senador Aguirre en la plenaria del 6 de diciembre de 2006, en la que mostró un Seguro Social fuerte económicamente, merced a su Administradora de Riesgos Profesionales. La exposición de Aguirre, fue la siguiente: “El Seguro Social apenas con el 24% del sector público y poquitico privado en el país, ha tenido unas ganancias jugosas, tan impresionantes que se dieron el lujo, y ustedes lo acaban de escuchar, de trasladar de los rendimientos financieros de sus reservas, oigan bien, de sus reservas, \$334 mil millones entre los años 2004 y 2005 a la EPS del Seguro Social, y es una entidad pública y el Seguro está mal manejado [...] Yo no creo que el Gobierno vaya a cometer la torpeza de acabar con la gallina de los huevos de oro, puede que cierren hasta la EPS y algunos otros negocios IPS, pero yo no creo que el Gobierno se vaya a atrever a cometer un crimen de esa naturaleza como ir a cerrar la ARP del Seguro Social que estoy demostrando que es tan grande el negocio, que hasta da para lo que les acabo de comentar”.<sup>398</sup>

Confirmó lo antes dicho el Senador Bernal Amorochó, para quien “El mejor negocio que hoy tiene el Seguro Social, es la Administradora de Riesgos Profesionales; tiene más de 3 billones de pesos en ganancias, ha cumplido el papel a las mil maravillas, los resultados están a la vista, tanto que este año con 180 mil millones de pesos que están tramitando hoy sacarle a la ARP para darle a la salud, completan 500 mil millones de pesos que la ARP le ha entregado a la EPS del Seguro Social, o sea el dinero del Estado supliendo las deficiencias del Estado. Aquí ¿qué va a pasar? El sector público gana y se lleva su plata para sus bolsillos, aquí lo que se está tratando de hacer es que los dineros, estos dineros vayan en beneficio del sector público, en beneficio del interés general”.<sup>399</sup>

---

<sup>397</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, p. 30

<sup>398</sup> Ibid., p. 32

<sup>399</sup> Ibid., p. 33

La permanencia del Seguro Social en la prestación del servicio público de salud a buena parte de los colombianos, era el palo en la rueda de las Empresas Promotoras de Salud privadas y de las Aseguradoras de Riesgos Profesionales, razón por la cual apuntaron sus baterías a defender la libre competencia, amparados en el artículo 333 de la Constitución Política de Colombia, olvidando principios medulares del servicio de salud, como la solidaridad, la equidad y la universalidad.

Sobre este tema interrogó el senador Aguirre al ministro Palacio, así: “Aquí van a hablar ustedes, señor ministro de libre competencia; entonces porque no hablamos de libre escogencia. ¿Qué creen ustedes que es más importante, que el que va a recibir el beneficio tenga libertad de escoger, o que haya una libre competencia entre los dueños del negocio? De catorce (14) ARP, 2 apenas son públicas: el Instituto de los Seguros Sociales y la Previsora S. A”.<sup>400</sup>

La ley 100 de 1993, enmarcada dentro del modelo de la libre competencia, propició una segmentación absoluta entre pobres y ricos a la hora de solicitar los servicios de salud, y un distanciamiento entre prestadores para ricos y prestadores para pobres, los primeros atendiendo al afán de lucro, y los segundos recibiendo las migajas de los subsidios estatales, el clásico escenario del rico Epulón y el pobre Lázaro. Se esperaba que al plantear la cacareada reforma de la ley 100, el ánimo de lucro no fuera el móvil principal de la prestación de los servicios de salud, pero sucedió todo lo contrario. La reforma planteada mediante la ley 1122 entró a reforzar las bondades de los prestadores privados, la libre competencia, y la integración vertical, bajo el ropaje de su regulación, tal como lo dispuso el artículo 15 de la ley mencionada ley 1122.

Aguirre, al referirse a la integración vertical de las Empresas Prestadoras de Salud, dentro del debate sobre la contratación que dichas empresas podían realizar con sus propias IPS, por encima o por debajo de la mesa, sostuvo lo siguiente: “Se les permite por lo menos hasta el 30%, ahí ganaron, porque la ley no se los permitía, pero por lo menos lo limitamos, les decimos hasta aquí el negocio, eso es un límite; pero poco hemos hablado nosotros en la reforma de la Ley 100 de las Aseguradoras de Riesgos Profesionales. ¿Saben de qué estamos hablando? De uno de los más grandes y jugosos negocios del país, y les voy a comenzar diciendo y demostrando lo grande que es el negocio, que el ex Ministro, Roberto Junguito Bonett dejó el Ministerio de Hacienda para irse de Presidente de Fasecolda, y es el que vimos aquí en estos días, metido en nuestras oficinas, en nuestros escritorios haciendo lobby, según él por el perjuicio tan

---

<sup>400</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, p. 32

grande que le causaría al sistema, y quiero decirle que no es al sistema, es al gran negocio de Fasecolda”.<sup>401</sup>

Vasta y agitada fue la discusión en torno a la integración vertical, en donde se desnudó la telaraña de contrataciones entre las EPS y sus propias IPS, conformando los denominados conglomerados que buscaban concentrar el poder económico a fin de ampliar sus ganancias, en detrimento de la prestación de un buen servicio.

Ilustra lo anterior lo ocurrido en la sesión plenaria de Senado de diciembre 6 de 2006, en donde el Senador Aguirre insistió en el tema de la integración vertical de las EPS con sus propias IPS, y advirtió que “en este momento van en un 62% de su capacidad instalada para prestarse sus mismos servicios, es decir asegurarse y ellos prestar sus propios servicios con su propia red, y por eso es que están planteando este artículo y le están haciendo el favor a algunas EPS, y cuando digo algunas, créanme que no pasan de dos”.<sup>402</sup> El partido liberal solicita un año como plazo máximo para que las EPS limiten la prestación de los servicios de salud a través de sus propias IPS, bajo la argumentación de que “dos años, es prolongarles el negocio a ellos y esperar a que venga otra ley, que les aumente la integración vertical del 30, al 50 o al 60% como es costumbre en este Congreso de Colombia”.<sup>403</sup>

La bancada liberal alzó su voz para manifestar que no estaba de acuerdo con la libre competencia en materia de seguridad social en salud, de manera absoluta, sin regulación alguna. Y tomando la vocería el Senador Aguirre, denunció lo siguiente: “A mí no me gusta para nada que venga el Instituto de Seguridad Jurídica de probidad gubernamental, que no sé quiénes son, a mandarnos una carta que nos enviaron a todos a chantajearnos, amedrentarnos, que es que vamos a recibir serias denuncias porque el Estado va a ser demandado y que tendrá que asumir grandes indemnizaciones, porque no se está respetando la libre competencia. Yo [...] no creo que ese sea argumento. Ah, otra cosa es que me venga aquí un documento de la Oficina Jurídica de la Presidencia de la República y nos anticipe eso, y no se atrevieron a hacerlo porque es que aquí no se genera monopolio, porque es que nosotros estamos cogiendo es un sectorcito que se llama sector público y estamos dejando el resto de empresas”.<sup>404</sup>

---

<sup>401</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 31

<sup>402</sup> Ibid., p. 15

<sup>403</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 15

<sup>404</sup> Ibid., p. 32

Sobre el mismo tema, la Senadora Cecilia López afirmó haber oído a las Aseguradoras de Riesgos Profesionales comentar que en el país sucede que “las empresas pagan el seguro, pero los trabajadores los contratan por las cooperativas, entonces ¿qué pasa? Las cooperativas no afilian a los trabajadores, entonces cuando hay casos de siniestros, los trabajadores no están cubiertos; yo les quiero dejar esa preocupación, porque si eso es así, lo que sucede es que hay pocos siniestros con un pago que sí hacen las empresas y eso hace que el seguro sea muy rentable”.<sup>405</sup>

Visto todo este acervo doctrinal, enriquecido con experiencias personales de los parlamentarios, no puede desconocerse que en Colombia cada grupo económico estructura su propio Sistema de Seguridad Social a través de Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, e incluso Cooperativas que contratan trabajadores por fuera de la regulación del Derecho Laboral, y no entra a competir con otros grupos económicos poderosos porque extienden su red hacia sus propias empresas, sin tener que acudir a la oscilación de la oferta y la demanda del mercado. Contrariamente, las Empresas del Sector Público si tienen que entrar en las regulaciones del mercado, bajo la premisa de que de no hacerlo estarían constituyendo monopolios, figura económica prohibida por la Constitución Nacional.

En defensa de la libre competencia en la prestación del servicio de salud, el Ministro Palacio aseguró que: “El Gobierno en todas las ramas de la seguridad social, quiere promover la calidad y quiere promover también la libre afiliación, y al combinar estos dos elementos de calidad y de libre afiliación, de libertad en la afiliación, quiere también enmarcarlo dentro de la libre competencia que deben tener las prestadoras de seguridad social en Colombia [...], sin hacer excepciones en el caso de riesgos profesionales”.<sup>406</sup> A esto contesta el Senador Jorge Robledo que “es evidente que allí donde se establece un monopolio privado, lo único que puede hacer ese monopolista privado, es aprovecharse del monopolio, para esquilmar hasta el alma a sus clientes, o a sus usuarios o a lo que sea; pero esa realidad no es inherente al monopolio público, puede manejarse, o con la lógica del monopolio privado y esquilmar a la gente, o puede utilizarse también el monopolio público para establecer un sistema de costos e ingresos, evitando la quiebra sin obtener ganancias, o incluso puede el monopolio público, organizarse para funcionar a pérdida, mediante un sistema de subsidios”.<sup>407</sup>

---

<sup>405</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 33

<sup>406</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 31

<sup>407</sup> Ibid., p. 39

La libre competencia en el SGSSS, dentro de una regulación que se fundamente en los principios de solidaridad, equidad y universalidad, podría elevar el nivel de la calidad en la prestación de los servicios de salud, tanto en el ámbito individual como colectivo, siempre y cuando medie una estricta regulación, y una vigilancia y control ejercidos por el Estado, pero tal como está regulado el Sistema en la ley 100 de 1993, y en el Proyecto de Ley que se está debatiendo, lo que prima es el interés particular y el ánimo de lucro, en detrimento del derecho que le asiste a cada individuo y a cada colectividad para exigir y recibir una prestación óptima de dicho servicio.

Según lo refirió el Representante Germán Enrique Reyes Forero, del Polo Democrático, “las empresas de medicina prepagada, están obligando a la gente que tiene Plan Obligatorio de Salud a comprar la póliza de medicina prepagada en aras de prestarles atenciones en cosas que están en el POS”. Y aclaró que las Prepagadas ofrecen agilidad en las citas, prioridad en los procedimientos quirúrgicos y escogencia del especialista, teniendo derecho a todo lo anterior dentro del POS.<sup>408</sup> Esta es una forma de competencia desleal e indebida, que no debe permitirse en relación con la prestación de un servicio público esencial, como lo es a la salud. De allí que los legisladores del 2006 utilizaron en el artículo 15 la expresión “regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante”, para impedir que las empresas, al llegar a un crecimiento desmesurado en afiliaciones, ya del régimen contributivo, ya del régimen subsidiado, abusaran de su posición dominante, incrementando las tarifas y reduciendo la calidad de los servicios.

El Representante Reyes Forero también hizo referencia a la presión que estaban ejerciendo las EPS sobre el Congreso de la República. Dijo que, “el lobby de las EPS [...] es supremamente delicado; lo denuncié claramente. Ellos no están satisfechos en este momento con lo que sale de la Comisión de Conciliación del 30%; ellos querían el 100% de integración vertical, ¿por qué?, para mantener el negocio del aseguramiento que reiterativamente hemos denunciado”.<sup>409</sup>

Y en la seguidilla de denuncias, el Representante Roy Barreras habló sobre la manipulación que se hizo del texto del artículo 15 del Proyecto de reforma, tendiente a frenar la triangulación que venía ocurriendo en las EPS, y así lo expuso:

---

<sup>408</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 12, 2007, p. 13

<sup>409</sup> Ibid., p. 13

“Pero verdaderamente creí que los conciliadores, primero habían actuado de buena fe y segundo tenía la capacidad de corregir los errores, y hoy tengo que decirle al país a esta Cámara, que no creo ni en la buena fe de algunos de los conciliadores, ni en su capacidad, de arreglar los entuertos que ellos mismos hicieron. ¿Pongo un solo ejemplo, por qué razón la Comisión de Conciliación decidió amputar el artículo que en esta Cámara se debatió durante horas, con la participación de decenas de parlamentarios, para garantizar que las EPS monopólicas y dominantes no pudieran burlar la ley a través de la triangulación, o a través de la contratación de sus propias IPS, con el simple expediente de cambiar la personería jurídica? la doctora Kareli Lara, entre otros, y la mayoría de los profesionales de la salud aquí, coincidieron en que había que impedir que las EPS pudieran contratar con IPS que tuvieran la misma composición accionaria y con otro nombre, o que pudieran triangularse. Se discutió, se aprobó y la Comisión de Conciliación amputó esa norma. ¿Quisiera pensar con qué razón, por qué motivo, quienes se sentaron hasta la media noche, o según dicen hasta la una de la mañana, aprobaron esa norma sólo con intereses particulares, con los intereses de las EPS, y en qué beneficia al País haber eliminado la triangulación y haber eliminado este tema de la misma composición accionaria? En nada. Beneficia a las EPS”.<sup>410</sup>

Una forma de regulación de la libre competencia puede estar plasmada en la eliminación de las barreras de acceso al sistema de salud, equiparando todos los Planes Obligatorios de Salud, los costos del copago y la cuota moderadora, eliminando los periodos de carencia y facilitando en igualdad de condiciones los tratamientos con médicos especialistas, logrando con ello una redistribución de los cotizantes, donde primará la ubicación geográfica, las actividades económicas y los niveles de enfermedad.

El artículo 14 de la Reforma a la Salud introdujo la noción de aseguramiento dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entendiéndolo como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”. Dicha norma complementó el artículo 157 de la ley 100 de 1993 el cual estableció que todo colombiano participará en el servicio esencial de salud, bajo dos regímenes: contributivo y subsidiado.

---

<sup>410</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 12, 2007, p. 15

El contenido del artículo 14 del Proyecto de ley 1122 en discusión, se ocupó de manera preferencial de amparar a las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN, aliviando las cargas derivadas de la prestación del servicio de salud para el nivel I al eliminar los copagos o cuotas moderadoras. Asimismo, dicho artículo potenció la prestación de los servicios de prevención y promoción a través de las EPS del régimen subsidiado, de las ESE o de otras entidades, a las cuales se acudirá previa autorización del Ministerio de la Protección Social, cuando las ESE no tengan capacidad para prestar dichos servicios.

Es posible que el artículo 14 de la referida Reforma tuviera unos propósitos nobles encaminados a sanear los diferentes problemas de la prestación de los servicios de salud dentro del régimen subsidiado de los niveles I, II y III del SISBEN, pero no faltó que en Plenaria se hayan destapado los intereses que lo corroen: Avellaneda afirmó que “El Sisbén está hoy politizado, lo utilizan los grupos políticos para apalancarse ahí, hacer politiquería y comprar la conciencia de los ciudadanos. Hay necesidad, no solamente de buscar universalidad, vale decir que todo ciudadano tenga acceso a la salud, sino que además eliminar, repito, esa herramienta perversa del Sisbén que hoy permite politizar y comprarse la conciencia de los ciudadanos”.<sup>411</sup>

Concluidos los debates, se aprobó el articulado de la ley 1122 de 2007, como resultado de consensos previamente acordados entre el Gobierno Nacional y los congresistas que respaldaron tradicionalmente sus propuestas. Mónica María Uribe Gómez destaca que dichos debates no se caracterizaron por su análisis profundo sobre la realidad social y económica del país, o sobre los efectos nefastos que la ley 100 de 1993 ha dejado en la población colombiana luego de trece años de vigencia, o sobre el empoderamiento de las EPS privadas que han visto crecer sus patrimonios hasta el punto de ser varias de ellas consideradas las empresas más lucrativas del país, tales como SALUDCOOP, SUSALUD y Salud Colmena.<sup>412</sup>

No se puede desconocer que los puntos más sensibles desencadenaron agudas discusiones gestadas por la Oposición, y en casos muy eventuales por allegados del Gobierno. Pero un aspecto que manchó la transparencia del trámite de la ley, salió a flote en varias oportunidades, llegando al punto de que en la sesión plenaria del 14 de diciembre de 2006 un grupo importante de Representantes a la Cámara pertenecientes a diferentes bancadas, con la vocería de Alfonso Riaño, registró la manipulación de

---

<sup>411</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, 2007, p. 13

<sup>412</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica María. Op. Cit., p. 173

las Actas al interior de la Comisión de Conciliación, donde cambiaron sustancialmente el espíritu de lo aprobado en plenarias de Cámara y Senado, anteponiendo los intereses particulares por encima del interés general.<sup>413</sup>

Para justificar la aprobación de la reforma a la ley 100 de 1993, el Gobierno Nacional sólo visibilizó los porcentajes de cobertura, ocultando la mala o deficiente prestación de los servicios, y su propósito fundamental estuvo enderezado hacia la búsqueda de nuevos recursos para ampliar la cobertura de riesgos, pero no los riesgos de la salud de la población, sino los riesgos de la salud financiera de las EPS y de las aseguradoras.

Hay que tener en cuenta que desde la misma puesta en marcha de la ley 100 de 1993, afloraron críticas provenientes tanto de los usuarios del SGSSS, como de la Academia, los sindicatos del seguro social y de los trabajadores de la red hospitalaria, de una parte, y de las empresas aseguradoras, de otra, que previa la aprobación de la mencionada ley constituyeron en 1991 la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, la cual ha buscado favorecerse con las medidas privatizadoras impulsadas desde el Gobierno Nacional a partir de 1992.<sup>414</sup>

Estas inconformidades estuvieron principalmente relacionadas con la cobertura y calidad de los servicios prestados y el acceso al sistema. Pero también surgieron reparos respecto de la financiación, sobre todo por parte de los políticos, los académicos y dirigentes sindicales. Todo esto entró en discusión en el seno del Congreso, aunque no muy profunda, y tras acuerdos, más políticos que sociales, se aprobó el texto final de la ley 1122 de 2007, No se puede desconocer que los puntos más sensibles desencadenaron agudas discusiones gestadas por la Oposición, y en casos muy eventuales por allegados del Gobierno. Pero un aspecto que manchó la transparencia del trámite de la ley, salió a flote en varias oportunidades, llegando al punto de que en la sesión plenaria del 14 de diciembre de 2006 un grupo importante de Representantes a la Cámara pertenecientes a diferentes bancadas, con la vocería de Alfonso Riaño, registró la manipulación de las Actas al interior de la Comisión de Conciliación, donde cambiaron sustancialmente el espíritu de lo aprobado en plenarias de Cámara y Senado, anteponiendo los intereses particulares por encima del interés general

---

<sup>413</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 12, 26 de enero de 2007, Op. Cit., p. 26

<sup>414</sup> URIBE GÓMEZ, Mónica, La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: Exclusiones y resistencias, Op. Cit., ps. 50 a 54 y 60

El artículo 10 de la ley 1122, que modifica el artículo 204 de la ley 100, solamente introdujo una variación en el monto de cotización en un 05%, pasando del 12% al 12.5%, porcentaje que fue asignado a cargo de los empleadores, manteniendo el aporte del 4% en cabeza de los trabajadores. Por su parte el artículo 214 eliminó el *pari passu*, por medio del cual el Gobierno Nacional destinaba al sostenimiento del régimen subsidiado, en igual proporción, peso a peso, a lo aportado por el régimen contributivo, estableciendo en su lugar un monto mínimo, o un piso, para financiar dicho régimen, equivalente a \$286.953'000.000. Esta medida que ajusta por lo bajo la participación gubernamental, que aunque pudiendo en épocas de bonanza aportar más al financiamiento de dicho régimen, se limita al incremento ordenado en la ley, sin mayor esfuerzo. De otra parte, la ley 1122, mantiene los aportes provenientes del 5% de lo recaudado por las Cajas de Compensación Familiar por concepto de subsidio familiar aportado por los empleadores.

Igualmente, la ley 1122 creó la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, que asumió principalmente la función administrativa y reguladora del POS y lo concerniente con la definición del valor de la UPC de cada régimen, dejando en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la administración del FOSYGA, y la función de Consultor de la CRES y del Ministerio de la Protección Social.

Un aspecto ampliamente debatido en el Congreso con ocasión del estudio del Proyecto de reforma de la ley 100 de 1993, fue la integración vertical, que finalmente quedó incorporada en el artículo 15 de la ley 1122, estableciéndose que las Entidades Promotoras de Salud no podrán contratar directamente o a través de terceros, con sus propias IPS, más del 30% del valor del gasto en salud. Como es lógico, la ley 100 de 1993 no contempló ningún tipo de prohibición sobre este particular, dado que para ese momento no se habían creado las EPS, y sólo operaban el ISS y las diferentes Cajas de Previsión Social, los cuales funcionaban de manera integral, es decir, que afiliaban a los usuarios y prestaban los servicios de salud correspondientes.

La integración vertical fijada en la ley 1122 en un máximo del 30%, no fue obstáculo para que las EPS buscaran la manera de crear mecanismos administrativos mediante los cuales se burlara la prohibición, ya sea con la creación de IPS de su propiedad, pero en las cuales figuren como propietarios personas naturales o jurídicas totalmente ajenas a la EPS que las contrata, o mediante la llamada tercerización de servicios, prácticas de uso común hoy en día en la actividad mercantil de las EPS, la que

favorece el enriquecimiento de dichas entidades, a la vez que debilita la calidad de los servicios ofrecidos.

La ley 100, bajo el diseño del mercado y la libre competencia, abrió el camino para la creación de un buen número de EPS e IPS, sin importar que en el desarrollo del negocio, la ambición del lucro fuera el motor principal para establecer una auténtica telaraña, con tendencia monopolística. El artículo 185 de la referida ley estableció la prohibición de los acuerdos o convenios entre las IPS “que tengan por objeto o efecto **impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud**, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud”.<sup>415</sup>

Esta norma claramente condujo a fortalecer el negocio de la salud, sin trabas o restricciones regulatorias, pues más bien, la ley estimuló la conformación de grupos económicos encaminados a obtener sus ganancias a costa de la salud del pueblo colombiano, situación que se vio reforzada con lo regulado en el artículo 179 de la misma ley 100, que favoreció la integración vertical, pues determinó que las entidades promotoras de salud podían contratar los servicios de salud con instituciones prestadoras, siendo forzoso ofrecer al usuario varias alternativas de IPS.

Uno de los factores que nutrió la integración vertical de las Entidades Prestadoras de Salud con sus propias IPS fue la escasa competitividad de las instituciones prestadoras de salud de carácter público, que no contaban con recursos tecnológicos ni con una red hospitalaria robusta que les permitiera participar en igualdad de condiciones en el mercado de la salud. A este panorama se aunaron las políticas gubernamentales, traducidas en la demora en el giro de los recursos, las deudas acumuladas de años anteriores, presupuestos deficitarios que impidieron la modernización de sus instalaciones y la contratación continuada de profesionales de la salud, todo lo cual contribuyó a una mala prestación del servicio y a la desviación de los pacientes hacia las entidades privadas, fortaleciendo su actividad mercantil.

En esencia la ley 1122 de 2007 no modificó la ley 100 de 1993, como era el propósito de la mayoría de los actores del sector. Sólo se ocupó de introducir cambios en el Sistema General de seguridad Social en Salud en materias tales como la administración, el financiamiento, la integración vertical, la contratación en el

---

<sup>415</sup> PEDRAZA CUERVO, Ariel. Estatuto de seguridad social y pensiones, Bogotá, Editorial Leyer, 2008, p. 242

régimen subsidiado, el aseguramiento, el control, la universalidad y, lo más importante, introdujo elementos de estructuración de la salud pública.

No opinaba lo mismo el Senador Luis Guillermo Vélez, quien afirmó, al interior del debate en 2006, que la reforma que se proponía, no era simplemente un ajuste a la Ley 100, sino que se estaban haciendo una serie de modificaciones sustantivas que cambiarían la filosofía de esa misma normatividad, dejando de lado, a su parecer,” el tema del aseguramiento público del Seguro Social y de la prestación de los servicios desde este punto de vista.<sup>416</sup>

---

<sup>416</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 57, Bogotá, 2007, p. 34

## **5. CAMBIOS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A PARTIR DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008**

Los Constituyentes de 1991 le entregaron a todas las personas residentes en el país una herramienta jurídica a través de la cual pueden reclamar ante las autoridades públicas y privadas la prestación de un servicio público, especialmente la salud, con fundamento en los artículos 48, 49, 365 y 366 de la Constitución Política vigente. Se trata de la “acción de tutela”, la cual puede ser presentada ante los jueces de la República con la finalidad de obtener protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales y de los económicos que tengan conexidad con el derecho a la vida y la dignidad humana.

La ley 100 de 1993 no solucionó los graves problemas que venía enfrentando la población en materia de salud, a pesar de haber creado los regímenes contributivo y subsidiado, que servirían para ir incrementando la cobertura hasta alcanzar su universalización a finales del año 2001. Pero dentro del seno mismo de dichos regímenes se fueron gestando fisuras en la calidad de la prestación de los servicios, que pusieron al descubierto deficiencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creados por la misma ley, y no remediados en la reforma de la ley 1122 de 2007.

Si bien la salud no fue definida en la Constitución Política de Colombia como un derecho fundamental, si le fue otorgada la connotación de servicio público, el cual debe ser prestado por el Estado, con la concurrencia de la comunidad y de las empresas privadas, encontrando su desarrollo normativo en la ley 100 de 1993. En efecto, esta puso al alcance de todas las personas el servicio público esencial de salud, lo que significó una absoluta revolución en esta materia, ya que lo reviste de una inusitada importancia que conlleva aparejado un derecho a su reclamación, sin importar la condición social, económica, cultural, racial o de cualquier otra índole, involucrada en su prestación.

Los efectos de la ley 100 de 1993 no concluyeron en la frialdad de la norma, sino que su espíritu irradió a todos los sectores de la población que, de una u otra forma, encontraron la solución inmediata a sus problemas de salud. No en vano los hechos que antecedieron a la expedición de la ley 100, como lo fue el debate adelantado a lo largo y ancho del territorio nacional, pusieron en la conciencia de cada persona su derecho a reclamar y a recibir la prestación de un servicio, que inexorablemente está vinculado con el derecho fundamental a la vida.

Antes de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 la salud era considerada como una obra de caridad, ya del Estado, ya de las fundaciones religiosas, o de las personas filantrópicas que allegaban sus recursos para atender a los más necesitados de la población, todo lo anterior entendido como Asistencia Pública. De otra parte, existía la denominada Previsión Social, que sólo cubría a los trabajadores asalariados, tanto del sector público como del privado, y la conocida como medicina privada, atendida por los médicos particulares de manera directa, o a través de empresas encargadas de la prestación del servicio de aseguramiento en salud, quedando descubierta de dicha protección, la inmensa mayoría de la población.

La ley 100 de 1993 estableció el Plan Obligatorio de Salud, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, y abrió la compuerta a un mercado donde la salud se constituyó en una mercancía más, sujeta a los vaivenes de la oferta y la demanda y al ánimo de lucro de las empresas privadas que concurrían en su prestación, desvirtuando su connotación de derecho reclamable directamente del Estado, sin necesidad de acudir a la justicia a fin de lograr su efectiva realización. Esto obligó al grueso de la población, a arrancar ese derecho vía acción de tutela, ya de las manos de los prestadores estatales, o de las manos de las Empresas Prestadoras de Salud, las cuales no sólo negaban el servicio público de salud, sino que se rehusaban al cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Entre 1992 y 2007 en Colombia se interpusieron más de 1'000.000 de acciones de tutela<sup>417</sup> encaminadas a reclamar el derecho fundamental a la salud, lo que denota que la ley 100 y sus reformas posteriores no dieron solución real y satisfactoria a los graves problemas que aquejaban a la población en dicha materia, o que la corrupción corroyó

---

<sup>417</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Defensoría del Pueblo. La Tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2018, Bogotá, 2019, p. 52 EN: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

el Sistema hasta el punto de generar una crisis que imposibilitó a la ley de Seguridad Social Integral alcanzar los objetivos propuestos para el año 2001.

Durante los primeros 15 años de vigencia de la ley 100 de 1993, los prestadores de los servicios ofrecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desconocieron la primacía de los principios de promoción, protección y recuperación de la salud, consignados en el artículo 49 de la Constitución Política, así como los de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, participación social, concertación y calidad, señalados en el artículo 153 de la mencionada ley 100. Esta aseveración tiene como fuente el cúmulo de tutelas presentadas durante dicho periodo, ya enunciado, que desbordó la capacidad del propio aparato judicial y que obligó a la Corte Constitucional a proferir una sentencia que reconociera la precariedad del sistema. Dicha sentencia elevó la salud a la categoría del derecho a la salud e impuso obligaciones a los prestadores públicos y privados y a las autoridades estatales encargadas de vigilar el cabal cumplimiento de las normas consignadas en la ley 100 de 1993, y en las demás normas que la reglamentan.

Colombia, como Estado Parte de la Organización de las Naciones Unidas, ha reconocido que los derechos y garantías contenidos en los Convenios Internacionales son de estricto cumplimiento y acatamiento por las autoridades estatales y por las personas privadas que prestan servicios públicos. Es así como la Observación General 14, emanada del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas -CDESC-, ha sido tenida en cuenta a la hora de determinar el amparo del derecho a la salud, su alcance y significado.

La Observación General 14 de 2000, define la salud como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”,<sup>418</sup> inherente a todo ser humano, el cual “tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.<sup>419</sup> El derecho a la salud, como lo incorpora el CDESC, es inherente a otros derechos humanos como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la igualdad, entre otros, todos los cuales deben ser protegidos por el Estado, por ser elementos esenciales de la vida digna.

---

<sup>418</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Observación General 14 EN: <https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>

<sup>419</sup> Ibid., Artículo 12, Observación General 14

Esta Observación dio pie para que Colombia evolucionara de un concepto de salud como derecho prestación, pasando por un derecho fundamental por conexidad, a un derecho fundamental autónomo, más aun teniendo en cuenta que este derecho, como lo entiende el CDESC, es inclusivo, y no sólo “abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.<sup>420</sup>

La observación 14 demarca los siguientes elementos esenciales inherentes al derecho a la salud, los cuales deben ser tenidos en cuenta por los Estados-Parte, según sus propias condiciones: (i) Disponibilidad de instalaciones, personal médico calificado y programas; (ii) Accesibilidad física y económica a los establecimientos, bienes y servicios de salud; (iii) Acceso a la información que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre su salud. (iv) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, conforme los niveles culturales, sociales y económicos de cada comunidad; (v) Calidad. En la prestación de los servicios y en la infraestructura científica.

Desde 1966 las Naciones Unidas reconocieron “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, principio éste que orientó de manera general los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, y el Libro 2 de la ley 100 de 1993, pero que no fue suficiente para definir la salud, de una vez, como un derecho fundamental.<sup>421</sup>

Tuvieron que transcurrir aproximadamente 17 años para que la Corte Constitucional asumiera esta responsabilidad, que bien sabido es, no nació de la entraña del Alto

---

<sup>420</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Observación General 14 EN: <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>

<sup>421</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación General 14, Op. Cit., p. 1

Tribunal, sino como consecuencia del clamor popular plasmado en las más de un millón de tutelas presentadas para reclamar el derecho a la salud.

### **5.1. ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES DEL DERECHO A LA SALUD.**

La atención de la salud y el saneamiento ambiental fueron incluidos en la Constitución de 1991 dentro del Capítulo 2 denominado “De los derechos sociales, económicos y culturales”, sin desconocer que el sector social de la economía, como lo previno la Asamblea Nacional Constituyente, “no ha sido entendido como un pilar fundamental del desarrollo y, en consecuencia ha sido sistemáticamente discriminado desde los puntos de vista político y presupuestal”,<sup>422</sup> lo que significa que la salud, como derecho social, no ha contado con los recursos suficientes para su financiamiento.

Dentro de las finalidades sociales del Estado, los Constituyentes de 1991 consideraron que la salud, junto con el saneamiento ambiental y el servicio de acueducto, formaban un todo dentro del servicio público de salud, siendo responsabilidad del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. Para alcanzar la satisfacción de estos propósitos, los Constituyentes determinaron que el Estado debe priorizar dentro del gasto público social, las partidas necesarias para atender las necesidades insatisfechas de salud, saneamiento ambiental y agua potable.<sup>423</sup>

Según el exconstituyente Antonio Yepes Parra, “En la Constitución de 1991 la salud superó el estrecho concepto de asistencia pública que traía la Carta de 1886. Esto se manifestó a través de diferentes artículos de la Constitución, entre los cuales sobresalen los siguientes: Art. 13, sobre protección especial a los débiles; Art. 44 sobre el derecho fundamental a la salud de los niños; el artículo 49 que establece la atención a la salud y al saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado; el artículo 64 sobre acceso progresivo de los trabajadores agrarios a los servicios de salud y el artículo 78 relativo a protección de la salud de los consumidores”.<sup>424</sup>

---

<sup>422</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente No. 78, Bogotá, 1991, p. 2

<sup>423</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, Editorial Legis, 2012, p. 158

<sup>424</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-406 de 1992. EN:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

No obstante, el interés de los constituyentes por dar a la salud un lugar preeminente en la Constitución de 1991, y a pesar de su importancia para la vida económica, social y cultural de la población, no fue definida o enlistada como un derecho fundamental, sino como un servicio público.

El concepto de derechos fundamentales que trae la Constitución del 91 en los artículos 13 a 41 no fue una invención de la Asamblea Nacional Constituyente, sino una transferencia de la noción que de ellos históricamente hicieron las naciones cuando abordaron la temática de los derechos humanos, y de su aplicación inmediata. Dicha Asamblea estableció un catálogo de derechos a los que llamó fundamentales, para darles un rango preferencial, entre los que se encuentran la vida, la igualdad, la personalidad jurídica, la intimidad personal, el libre desarrollo de la personalidad, libertad de conciencia, cultos y pensamiento, la honra, y la paz, entre otros, sin que la salud haya encontrado cabida en este grupo de derechos fundamentales.

En la presentación del Proyecto Gubernamental de reforma a la Constitución, el entonces Ministro de Gobierno Humberto de la Calle Lombana defendió la catalogación de los derechos fundamentales partiendo del concepto de “aplicación inmediata, argumentando lo siguiente: “en nuestra opinión no se trata de establecer una escala de valores que discrimine unos derechos frente a otros, [...] lo que el gobierno quiere señalar es que hay unos derechos que son de aplicación inmediata, que no requieren la intermediación de la norma legal para que ellos tengan vigencia y por lo tanto permiten la utilización inmediata de los elementos de protección de los derechos”.<sup>425</sup>

No bien inició labores la Corte Constitucional en 1992 cuando tuvo que entrar a dirimir, por gracia de la avalancha de tutelas reclamando diversos derechos, entre ellos la salud, si el propósito de la Constituyente fue la exclusión de algunos derechos del catálogo de fundamentales o la inclusión de algunos, sin impedir una posterior ampliación de dicho listado. Al respecto, la Sentencia T-406 de 1992, señala lo siguiente: “Es precisamente en este punto donde es necesario entrar a establecer si realmente se quiso, por parte de los constituyentes, establecer un catálogo taxativo de derechos fundamentales, o, por el contrario, fue apenas una enunciación susceptible

---

<sup>425</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta Constitucional No. 24, p. 7

de ser ampliada a otros derechos que, a pesar de no ser tenidos bajo el título de fundamentales, pueden serlo por una interpretación que de ella se haga”.<sup>426</sup>

Refiere la Corte Constitucional en Sentencia T-406 de 1992, que en la sesión plenaria del 29 de junio de dicho año, el Constituyente Juan Carlos Esguerra Portocarrero, manifestó lo siguiente: “en el artículo de tutela [...] se estableció que a través de ese mecanismo se protegerían los derechos fundamentales, entonces, deliberadamente no incluimos allí una relación de los derechos fundamentales, porque la verdad es que quizá lo conveniente es dejarle esa labor al legislador más bien que al constituyente; hoy se reputan fundamentales algunos derechos que quizá mañana no lo sean, como mañana pueden llegar a tener ese carácter algunos que hoy no hemos imaginado, entonces yo sería partidario [...] se dejara que lo haga la ley... de manera...que la reglamentación debería comenzar por la determinación de cuáles son los derechos que van a ampararse a través de ese mecanismo y no correr el riesgo de petrificar una serie de derechos, cerrando la posibilidad de que el día de mañana aparezcan otros; donde la ley podría determinar cuales tienen el carácter de fundamentales para efectos de la tutela...”.<sup>427</sup>

Aclara la Corte Constitucional en la referida sentencia T-406 de 1992 que, si bien algunos derechos no aparecen expresamente consagrados como fundamentales en la Constitución Política, “su conexión con otros derechos fundamentales es de tal naturaleza que, sin la debida protección de aquellos, estos prácticamente desaparecerían o harían imposible su eficaz protección. [...]. Un derecho fundamental de aplicación inmediata que aparece como insuficiente para respaldar una decisión, puede llegar a ser suficiente si se combina con un principio o con un derecho de tipo social o cultural y viceversa”.<sup>428</sup>

La recurrente e insistente solicitud de amparo del derecho a la salud por buena parte de la población colombiana en 1992, motivó las decisiones adoptadas en ese momento por la Corte Constitucional, que como se desprende de la sentencia antes citada, no le otorgó la calidad de derecho fundamental autónomo, pero concedió su protección por conexidad con los derechos a la dignidad humana, a la igualdad y a la vida, no pudiendo esta última ponerse en riesgo, so pena de negar el derecho a la salud, cuya carencia puede generar la muerte.

<sup>426</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional. Sentencia T-406 de 1992. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

<sup>427</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional. Sentencia T-406 de 1992. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

<sup>428</sup> Ibid., Corte Constitucional, Sentencia T-406 de 1992, OP. Cit.

En el mismo sentido se pronunciaron las Sentencias T-571 de 1992, T-116 de 1993, T-597 de 1993, T-447 de 1994, T-271 de 1995, T-042 de 1996, T-260 de 1998, SU 819 de 1999 y T-941 de 2000, siendo de especial relevancia la sentencia T-447 de 1994, la cual ha sido considerada como *sentencia hito*, dada la precisión que hace del derecho a la salud, no como derecho autónomo sino como derivado del derecho a la vida.

Así se pronunció el Alto Tribunal:

“El derecho a la salud es un derecho fundamental, derivado del derecho a la vida que tiene toda persona humana, desde el momento de la concepción hasta su muerte, derecho que implica conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales, y poner todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para la recuperación. Este derecho tiene, así, las siguientes características:

**a)** Es un derecho fundamental, porque es inherente a la persona humana, pues constituye parte integral de su ser. (...);

**b)** Es un derecho derivado del derecho a la vida: La salud es un efecto vital. Lo anterior por cuanto el derecho a la vida comporta, como extensión ontológica, la facultad de vivir en las condiciones de bienestar físico, mental y espiritual adecuadas a su dignidad inviolable;

**c)** Es un derecho que se tiene desde el momento de la concepción hasta la muerte: el derecho a la salud, al ser *inherente* a la persona humana, se predica en la totalidad de la existencia del hombre, en todo tiempo y en todo lugar; mientras haya vida humana, hay derecho a la salud;

**d)** Es un derecho a conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales”.<sup>429</sup>

El avance significativo de esta sentencia es el paso de considerar el derecho a la salud como prestacional, dependiendo su garantía de los recursos financieros del Estado, para enlistarlo dentro de los derechos fundamentales, siempre y cuando su reclamación esté en conexidad con el derecho a la vida, o cuando se trate de un sujeto de especial protección, como lo son los niños, las madres gestantes, los discapacitados y los ancianos.

---

<sup>429</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-447 de 1994. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-447-94.htm>

No obstante lo anterior, dentro del modelo neoliberal que orienta la economía nacional y la política nacionales, ha sido frecuente que en desarrollo de las relaciones cotidianas entren en conflicto dos derechos de orden constitucional: de una parte, el derecho fundamental a la salud, elevado a tal rango por la Corte Constitucional, reclamado reiteradamente por un número importante de colombianos, y de otra, el derecho a la libertad económica, reclamado por los empresarios que desarrollan su actividad a través de las EPS y de las IPS.

Desafortunadamente, la protección del derecho fundamental a la salud, concomitante con el derecho fundamental a la vida, ha tenido que transitar el camino de la justicia constitucional para su real garantía, en tanto que el derecho a la libertad económica está amparado constitucionalmente por el artículo 333, que expresamente establece: “El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica”,<sup>430</sup> mandato éste que no tiene regulación similar en la Constitución Política respecto de impedir que se niegue o restrinja el derecho fundamental a la salud.

## **5.2. LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTÓNOMO.**

Pese a que la Corte Constitucional de manera reiterada había tutelado el derecho a la salud como fundamental en conexidad con el derecho a la vida, las EPS seguían incurriendo en la negación de la prestación de algunos servicios, dentro o fuera del POS, por los altos costos que representaban, o por su obstinación para hacer efectivas las obligaciones a su cargo estipuladas en los contratos celebrados con los afiliados.

Así lo deja ver la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, cuando estima que no obstante las órdenes por ella impartidas, caso por caso, así como por todos los jueces del país, no se ha logrado la superación de los problemas relacionados con el acceso a la prestación de los servicios de salud. Añade la Corte que, “En realidad, los órganos responsables de lo que podría denominarse genéricamente la regulación del sistema de salud no han adoptado decisiones que les garanticen a las personas su derecho a la salud sin tener que acudir a la acción de tutela”.<sup>431</sup>

---

<sup>430</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, Editorial Legis, 2012, p 137.

<sup>431</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Frente a la proliferación de reclamaciones de la prestación de los servicios de salud vía tutela, la Corte constitucional se dio a la tarea de seleccionar 22 casos, representativos de las peticiones más recurrentes, para proferir un fallo que, no sólo resolviera los temas puntuales solicitados, sino que dictara medidas generales para todo el Sistema de Seguridad Social en Salud, frenando con esto los abusos a los que sometían las EPS a sus afiliados.

Según lo descrito en la Sentencia T-760 de 2008, estos casos se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requeridos, fue negado. Estas situaciones son las siguientes:

- (1) Acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores;
- (2) Acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS;
- (3) Acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; (4) Reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno;
- (5) Acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad;
- (6) Acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos;
- (7) Acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores;
- (8) Acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona;
- (9) Libertad de elección de la *‘entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud’*<sup>432</sup>
- (10) Duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro;
- (11) Casos en los cuales alguna EPS pedía el reembolso oportuno de los gastos de un servicio médico no cubierto por el POS.<sup>433</sup>

Según la Corte Constitucional, los casos allegados, “que revelan la existencia de problemas generales, graves y recurrentes en el sistema de protección del derecho a la salud”, fueron agrupados para su estudio teniendo en cuenta la temática que los identificaba, para luego, finalmente, unificarlos a la hora de proferir la sentencia. El

---

<sup>432</sup> En la reglamentación vigente, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud son denominadas Entidades Promotoras de Salud, EPS. Antes de entrar en vigencia la Ley 1122 de 2007 las entidades del régimen subsidiado se denominaban Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS; en la actualidad todas se denominan EPS (art. 14, Ley 1122 de 2007).

<sup>433</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

propósito de acumular estos procesos, según la Corte Constitucional, es doble. “Por un lado, tener una muestra lo más comprensiva posible del tipo de problemas que han llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional para obtener la satisfacción de sus derechos. [...] De otro lado, la acumulación de procesos permite a la Corte analizar diferentes facetas del derecho a la salud y valorar sus implicaciones siempre con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho”.<sup>434</sup>

Para la Corte Constitucional, los problemas generales, graves y recurrentes que afloraron en los 22 casos seleccionados para el estudio, tienen origen en las fallas de regulación del sistema de protección del derecho a la salud, y “representan una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de *respetar, proteger y garantizar* el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo”. Por tal motivo, asume la Corte el deber de imponer a las autoridades administrativas, la obligación de reglamentar los aspectos pertinentes de la ley 100 de 1993, adoptando las determinaciones “que podrían superar las fallas de la regulación que se han traducido en una desprotección del derecho a la salud evidente en las acciones de tutela que se han presentado cada vez con mayor frecuencia desde hace varios años”.<sup>435</sup>

Los problemas generales identificados por la Corte Constitucional como violatorios del derecho a la salud, fueron los siguientes:

- I. Generación de **Incertidumbre** en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud.
- II. Negación por parte del Estado del derecho a la salud de las personas, al no garantizar su acceso a los servicios de salud contemplados en el POS, estando ya financiados, debiendo aquellas acudir a la garantía constitucional, vía tutela.
- III. Desconocimiento del derecho a la salud por parte del Estado por violación del principio de equidad, al no establecer un POS unificado para los regímenes contributivo y subsidiado.
- IV. Desconocimiento del derecho a la salud por parte del Estado al no regular la garantía de la prestación del servicio de manera efectiva, por fuera del

---

<sup>434</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

<sup>435</sup> Ibid, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

suministro de medicamentos.

V. Falta de compromiso por parte de las EPS para garantizar el acceso a la salud de las personas que requiriendo un servicio de salud no POS, no cuentan con recursos para sufragarlo.

VI. Insuficiente información en salud, en especial sobre cuáles son los derechos de los pacientes y cuáles son los resultados obtenidos por las distintas entidades del sector.

VII. Falta de aseguramiento de la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>436</sup>

Una vez identificados los problemas generales que exigían solución vía tutela, la Corte Constitucional diseñó una metodología de trabajo para adoptar una solución que fuera aplicable a todos los casos en donde se involucra la violación del derecho a la salud. El primer paso fue el de iniciar el estudio, partiendo de la base de que **el derecho a la salud, es un derecho fundamental**, pese a estar regulado como un derecho social y prestacional a cargo del Estado. Un segundo paso, se enderezó a puntualizar las características de este derecho fundamental y las reglas para su aseguramiento, aplicables luego a cada caso en particular. Un tercer paso, se dirigió a establecer las implicaciones que tiene el derecho a la salud como fundamental, frente a las fallas de regulación constatadas por la Corte Constitucional, que implican la violación de dicho derecho.<sup>437</sup>

Aquí se hace necesario recordar que el derecho a la salud ha pasado por tres etapas en la Corte Constitucional. Inicialmente fue establecido como un derecho fundamental por su conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal y la dignidad humana; en una segunda etapa se le reconoció su naturaleza de fundamental, respecto de sujetos de especial protección, tales como la mujer gestante, los discapacitados, los niños y las personas de la tercera edad; y en una tercera fase, se le determinó como un derecho fundamental autónomo.

Ya desde 2003 la Corte Constitucional había definido como fundamental el derecho a la salud, es decir, le dio plena autonomía sin necesidad de depender de otro derecho fundamental, porque envuelve múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas, como la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, la igualdad y el derecho a gozar de un ambiente sano.

---

<sup>436</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

<sup>437</sup> Ibid, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Efectivamente, dado que la prestación del servicio de salud recae fundamentalmente en el Estado, éste debe garantizar dentro de los Planes de Desarrollo las partidas presupuestales enderezadas a financiar todos los gastos relacionados con su atención. En un Estado como el colombiano, donde los recursos escasean, sería de esperarse que el presupuesto destinado a cubrir los servicios de salud, llegue efectivamente a socorrer la ejecución de los gastos que demanda el sector, y no, como sucede en la actualidad, que se desvíe hacia los bolsillos de los funcionarios corruptos y se pierda en las redes de las Empresas Prestadoras de Salud y demás agentes que concurren al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El artículo 4 de la ley 100 de 1993 establece que El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es un servicio público esencial y obligatorio “cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado”, a quien corresponde dirigir, organizar y reglamentar su prestación. Según la Corte Constitucional, “el Estado desprotege el derecho a la salud cuando permite que existan vacíos o lagunas en la regulación, que se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud”.<sup>438</sup>

En consonancia con esta afirmación, la Corte Constitucional ordenó, en la Sentencia que se analiza, a las entidades de dirección, tales como el Ministerio de Protección Social y la CRES, y a los órganos de financiación, como el FOSYGA, expedir las normas que permitan regular las relaciones entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, amparando los derechos de los afiliados.

### **5.2.1. Órdenes impartidas por la Sentencia T-760 de 2008.**

Como ya se anotó anteriormente, la Corte Constitucional identificó 7 problemas generales violatorios del derecho a la salud, y para cada uno de ellos impartió órdenes específicas que deben ser cumplidas por el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, las EPS y el FOSYGA, en cada caso en particular, de manera que se garantice efectivamente el derecho fundamental a la salud de los habitantes del territorio nacional.

Es así que frente a **la incertidumbre generada en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del POS**, la Corte ordenó a la Comisión

---

<sup>438</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Nacional de Regulación en Salud “la revisión integral, por lo menos una vez al año, de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud”, estableciendo los servicios prestados en cada anualidad, de conformidad con lo solicitado tanto por los usuarios como por la comunidad médica.

Respecto al segundo problema general, es decir, a **la falta de garantía en el acceso de los servicios de salud contemplados en el POS, estando ya financiados**, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de la Protección Social que adoptara “medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios de salud ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud sin ser tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa. [...]. También se ordenará al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS”.<sup>439</sup>

En relación con **la violación del principio de equidad, al no establecer un POS unificado para los regímenes contributivo y subsidiado**, la Corte Constitucional ordenó a la Comisión de Regulación en Salud, unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, para lo cual deberá diseñar un programa que debe ser implementado gradualmente hasta alcanzar la cobertura universal de esa población.

En cuanto al **desconocimiento del derecho a la salud por parte del Estado al no regular la garantía de la prestación del servicio de manera efectiva, por fuera del suministro de medicamentos**, la Corte ordenó a la Comisión de Regulación en Salud, atendiendo el principio de integralidad, regular el trámite que debe adelantar el médico tratante para que la EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en

---

<sup>439</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

POS, y el suministro de medicamentos, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del POS.

En torno a la **falta de compromiso por parte de las EPS para garantizar el acceso a la salud de las personas que requiriendo un servicio de salud no POS, no cuentan con recursos para sufragarlo**, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga, que adopten medidas para garantizar la agilidad en el procedimiento de recobro por parte de las EPS, de partidas tanto actuales como atrasadas, con miras a asegurar el flujo de recursos necesario para proteger efectivamente el derecho en el sistema.

Respecto a la **Insuficiente información en salud, en especial sobre cuáles son los derechos de los pacientes y cuáles son los resultados obtenidos por las distintas entidades del sector**, ordenó entregar a todos los afiliados la información sobre los derechos del paciente y el nivel de desempeño y calidad tanto de las EPS como de las IPS, advirtiéndole su integración vertical.

Sobre la **Falta de aseguramiento de la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, ordenó al Ministerio de Protección Social que adopte las medidas necesarias para asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud para 2010.

La Corte Constitucional asumió, con este catálogo de órdenes, las responsabilidades que la ley 100 de 1993 había depositado en cabeza del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y que la ley 1122 de 2007 trasladó en cabeza del Ministerio de la Protección Social, de la CRES y de la Superintendencia Nacional de Salud, y que por su inercia no fueron desarrolladas, acarreado con esto el caos generalizado en el sector salud y la desproporcionada oleada de acciones de tutela que llegaron a conocimiento de esta Corporación.<sup>440</sup>

La pretensión de la Corte Constitucional, de ninguna manera, fue la de usurpar funciones legislativas o administrativas, sino que se vio en la urgente necesidad de proteger el derecho a la salud, al cual inició definiendo como fundamental, para ampararlo de manera preferente, no sólo frente a las acciones abusivas de las Entidades Prestadoras de Salud, sino frente a las omisivas y negligentes de los entes

---

<sup>440</sup> YEPES, Francisco José y otros. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, Bogotá, Op. Cit, 2010, p. 64.

reguladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **5.2.2. Sala de Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.**

A fin de vigilar el cabal cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, y ante la inoperancia de las entidades encargadas de la regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y por el incumplimiento de las órdenes impartidas en la mencionada sentencia, la Corte Constitucional creó el 1 de abril de 2009 la Sala Especial de Seguimiento de la misma.

Dicha Sala fue creada “teniendo en cuenta que los avances, retrocesos, dificultades y logros sobre el cumplimiento de la citada sentencia no interesan exclusivamente a quienes intervienen en el trámite constitucional de seguimiento sino también a la ciudadanía en general”, y por considerar que las fallas detectadas, aún persistían.

Inicialmente la Sala Especial de Seguimiento advirtió al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud “que preocupa altamente que no se cumpla cabalmente con todas las órdenes consignadas en la sentencia T-760 de 2008”. Por lo anterior, requiere a dichas entidades para que acaten estrictamente las órdenes impartidas en la referida sentencia, y les exige presentar informes sobre avances y obstáculos identificados en cada una de las actividades para hacer frente a las fallas de regulación del sistema de seguridad social en salud”.<sup>441</sup>

Ante esta situación, el Ministerio de la Protección Social presentó a la Corte Constitucional el 30 de enero de 2009 un informe escueto, en el que estipuló a que antes de proferirse la Sentencia T-760 de 2008 el número de tutelas presentadas mensualmente, era de 1.023, y a partir del fallo este número se redujo a 361 tutelas por mes, observándose que existe una disminución ostensible del número de acciones de tutela instauradas por servicios de salud.<sup>442</sup>

---

<sup>441</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sala de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008. Auto Del 13 de julio de 2009, Orden 16, p. 3. EN:

[https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3055358/6\\_+Auto+09-07-13+No+accede+a+expedir+certificaci%C3%B3n.pdf/ff2fb0df-db51-4e1d-8530-b028687c23e4](https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3055358/6_+Auto+09-07-13+No+accede+a+expedir+certificaci%C3%B3n.pdf/ff2fb0df-db51-4e1d-8530-b028687c23e4)

<sup>442</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Informe con destino a la Corte Constitucional de 30 de enero de 2009. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/t-760-08/informesperiodicos/Primer%20Informe%2030-01-2009.pdf>

Sin embargo, la explicación dada por el Ministerio no satisfizo el cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional, la cual requirió a esta entidad para que proveyera datos más precisos y fundamentados, y los elaborase en coordinación con la CRES, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Para eso deberán basarse en la información remitida por las EPS y las IPS, y la intervención de los usuarios, relacionando las gestiones, estudios o evaluaciones que han efectuado sobre la información allegada, los avances obtenidos en la prestación del servicio, la reorganización del Sistema, incluida la infraestructura, el personal humano y los medios tecnológicos, y los indicadores de satisfacción de los usuarios.

En respuesta al Auto, el Ministerio sostuvo que el proceso de actualización del POS era complejo, requiriendo de un proceso gradual que garantice “que la actualización del POS se dirige a solucionar las problemáticas en salud más relevantes de los colombianos en términos de la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la mayor ocurrencia, el impacto en la discapacidad, las preferencias de los usuarios, la calidad de los servicios de salud, entre otras”.<sup>443</sup> Informa además que dicho proceso se inició en el 2004 y que ha seguido avanzando progresivamente en búsqueda de dar solución a la problemática que se evidenció en la Orden 16.

Ante esta situación, el Ministerio de la Protección Social rindió un informe a la Sala de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 respecto a la orden 16, precisando que ha emprendido tres acciones que confluyen en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), iniciando con el conocimiento de la actual situación tanto del POS como de la salud de la población frente al uso y costos de los servicios de salud, siguiendo con los mecanismos de ajuste de la UPC y terminando con la búsqueda de apoyo técnico, jurídico, económico y operativo, de orden nacional e internacional, para buscar acciones estratégicas a fin de dar cumplimiento a la actualización del POS.<sup>444</sup>

---

<sup>443</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social, Respuesta Auto remitido el 23 de julio de 2009, EN: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/Respuestas%20Autos/RESPUESTA%20OFICIO%20200%20SOBRE%20ORDEN%2016%20MPS%20ultima%20version.pdf>

<sup>444</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social, Respuesta Auto remitido el 23 de julio de 2009, EN: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/Respuestas%20Autos/RESPUESTA%20OFICIO%20200%20SOBRE%20ORDEN%2016%20MPS%20ultima%20version.pdf>

La Sentencia T-760 de 2008, además de poner en movimiento al Ministerio de Protección Social, a la Contraloría General de la República, a la Defensoría del Pueblo, a la CRES, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a organizaciones no gubernamentales, entre otras entidades, unas dando cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional, y otras vigilando la evolución de las medidas solicitadas, permitió sacar a la luz una serie de falencias presentadas en la prestación del servicio de salud, las cuales fueron diagnosticadas a mediados de 2009 por la organización “*Así Vamos en Salud*”, teniendo en cuenta indicadores como:

- (i) Entidades que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud, siendo ellas Saludcoop, Cafesalud (perteneciente a Saludcoop) y Sanitas.
- (ii) Tasa de negación de servicios por cada 100 mil afiliados al régimen contributivo, sobresaliendo SOLSALUD EPS S.A., con un 18%; SALUD COLOMBIA EPS S.A., con un 17.4%; HUMANA VIVIR S.A. EPS, con un 9.8%, y COLMEDICA EPS, S.A. con un 5.8%.
- (iii) Medidas adoptadas por el Ministerio de Protección Social para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas afiliadas a las EPS e IPS, entre las que se destacan la creación del sistema de vigilancia y control conforme a la ley 1122 de 2007; actualización integral del POS, siendo responsables la CRES y el Ministerio de Protección Social, encontrándose que a 30 de enero de 2009 no se había realizado una actualización integral del POS<sup>445</sup>

El desarrollo administrativo de la ley 1122 de 2007, encontró un apoyo jurisprudencial en el fallo contenido en la sentencia T-760 de 2008, ya que si bien en la mencionada ley el legislador se ocupó de temas relacionados con la financiación del SGSSS, su cobertura, universalización, integración vertical, descentralización y, muy especialmente de la regulación de todo el Sistema, la Corte Constitucional tuvo que intervenir a fin de desatar las miles de controversias instauradas por los usuarios para reclamar, justamente, lo que ya por ley les estaba concedido, pero cuyo acceso se tornaba imposible por falta de regulación.

La sentencia T-760 de 2008 aportó a la vida nacional dos aspectos muy importantes: el primero de ellos referido a la definición de la salud como derecho fundamental, lo cual connota la especial reclamación por parte de todas las personas, y su plena garantía a cargo de todos los prestadores de los servicios de salud, sean estos públicos

---

<sup>445</sup> ASI VAMOS EN SALUD. ORG. Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, mayo 29 de 2009. EN: [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/seguimiento\\_sentencia\\_t760.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/seguimiento_sentencia_t760.pdf)

o privados; y, el segundo, referido a sus aportes en la construcción de políticas públicas en salud.

Respecto del primer aporte, la definición de la salud como derecho fundamental creó en la conciencia popular las ideas de accesibilidad, equidad, gratuidad y universalidad del servicio de salud, y empoderó a la comunidad para exigirla y reclamarla, con altos niveles de calidad, con continuidad y con inmediatez, pero sobre todo les entregó las herramientas para vigilar de manera directa el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores.

En cuanto al segundo aporte, la referida sentencia al impartir el catálogo de órdenes al Ministerio de la Protección Social, a la CRES, a la Superintendencia de Salud, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y al FOSYGA, les obligó a diseñar toda una armazón de políticas públicas, que sirvió de base para el eficaz cumplimiento del Plan Nacional de Salud Pública de 2007. A ese respecto, la Corte señaló que “el proceso de crear, ejecutar y evaluar las políticas de salud debería incluir la participación democrática y que el diálogo democrático debería ser elemento esencial para definir un plan de beneficios unificado”.<sup>446</sup>

El exmagistrado Manuel José Cepeda Espinosa aludió a la filosofía de la Sentencia T-760 de 2008, señalando que ésta “traza un norte para que todos de manera constructiva trabajemos en la protección del derecho a la salud, pero no le dice al regulador cual es el contenido de las regulaciones que tiene que expedir; respeta a quienes tienen las competencias jurídicas para regular y vigilar”.<sup>447</sup> Y concluyó exponiendo lo siguiente:

“La Corte en esta sentencia da unos pasos audaces, sin duda innovadores, en todo caso respeta las competencias del regulador y del vigilante. La sentencia traza un norte para que todos de manera constructiva trabajemos en la protección del derecho a la salud, pero no le dice al regulador cual es el contenido de las regulaciones que tiene que expedir; respeta a quienes tienen las competencias jurídicas para vigilar y regular. El regulador, además tiene una experiencia en asuntos técnicos de la salud que la Corte no tiene. La sentencia también asume que la comunidad médica y los usuarios, así como

---

<sup>446</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

<sup>447</sup> CEPEDA ESPINOSA, Manuel José. Foro Revisión a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de seguridad social en salud: Sentencia T-760 de 2008, Bogotá, Universidad del Rosario, 17 de septiembre de 2008, p. 13

quienes trabajan desde la economía, pueden hacer aportes mucho más valiosos de los que puede hacer la Corte Constitucional en la materia”.<sup>448</sup>

En este punto es importante precisar que tanto la expedición de la ley 1122 de 2007, así como el pronunciamiento de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, tuvieron ocasión en el segundo mandato presidencial de Álvaro Uribe Vélez, entre los años 2006 y 2010, cuatrienio que dio continuidad a su primer mandato acaecido entre los años 2002 y 2006, uno y otro periodos caracterizados por la profundización de las políticas neoliberales, especialmente en lo que hace referencia a la apertura económica, a la reducción del gasto público social y a la reducción de las garantías sociales de los trabajadores.

La política aperturista y mercantilista se vio ampliamente beneficiada en el sector salud, durante las dos administraciones de Uribe Vélez, ya que los grandes capitales que allí confluyeron se favorecieron con el debilitamiento de los órganos de regulación, vigilancia y control del sector que, tal como lo plasmó la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, evadieron el cumplimiento de sus funciones dando pie a que las EPS y las IPS, que ya estaban en pleno auge, saquearan los recursos de la salud para encaminarlos a actividades económicas totalmente diferentes. Ilustra esta afirmación el hecho de que la Superintendencia de Industria y Comercio el 6 de marzo de 2009 abriera investigación formal contra ACEMI, COLMÉDICA, SUSALUD, SALUD TOTAL, SALUDCOOP, CRUZ BLANCA, CAFESALUD, HUMANA VIVIR y FAMISANAR, entre otras, por cuanto que documentos conocidos por la SIC “dejan ver que, En el seno de la agremiación, las EPS afiliadas estarían llegando a consensos sobre la no cobertura de diversos servicios de salud”.<sup>449</sup>

En el Informe de la Coyuntura Económica y la Inversión Extranjera Directa en 2010, Daniel James Hawkins refiere que “los ocho años de la presidencia de Uribe, estuvieron marcados por la búsqueda frenética por incrementar la inversión foránea y ampliar las posibilidades para la explotación de recursos no renovables, especialmente los hidrocarburos y los minerales, igual que otorgar al capital transnacional jugosos beneficios al nivel tributario, a través de la creación de múltiples zonas francas en

---

<sup>448</sup> CEPEDA ESPINOSA, Manuel José, Op. Cit., ps. 27 y 28

<sup>449</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Superintendencia de Industria y Comercio, Resolución No. 10958 de 2009. EN: [https://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/normatividad/Publicaciones\\_Despacho\\_3/sicdecisiones\\_2/RESOLUCIONES\\_COMPETENCIA\\_ANOS/2011/RESOLUCION\\_46111\\_DE\\_30\\_DE\\_AGOСТО\\_DE\\_2011\\_SANCION\\_ACEMI.pdf](https://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Publicaciones_Despacho_3/sicdecisiones_2/RESOLUCIONES_COMPETENCIA_ANOS/2011/RESOLUCION_46111_DE_30_DE_AGOСТО_DE_2011_SANCION_ACEMI.pdf)

todo el territorio nacional y la negociación y firma de contratos de estabilidad jurídica”.<sup>450</sup>

El empeño de Uribe para concretar su política de confianza inversionista estuvo puesto en facilitar la inversión extranjera a nivel mundial, de tal manera que celebró Tratados de Libre Comercio (TLC) “con Estados Unidos, Canadá y la Unión Europea; la Comunidad Andina de Naciones (CAN); Mercosur; el Grupo de los Tres (G3 con México y Venezuela ); Chile; los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (Suiza, Noruega, Islandia y Liechtenstein); el Triángulo del Norte de Centroamérica (Guatemala, El Salvador y Honduras)”, [e] “hizo varios acuerdos internacionales de inversión con China, India, el Reino Unido y Corea del Sur”,<sup>451</sup> todo lo cual se tradujo en mejorar las cifras de competitividad y atraer nuevos inversionistas., cuyos capitales les arrojaron ganancias exorbitantes, pero no generaron empleo y mejores condiciones de vida para los colombianos, al punto que para 2010, al término del mandato de Uribe, “más de 2.5 millones de colombianos en edad productiva están desempleados [...] Y por si fuera poco hay 20 millones de pobres y 8 millones de indigentes, y el índice de desigualdad lo tenemos en 0.59 [índice de Gini]<sup>452</sup>, lo que ubica a Colombia como el segundo país más inequitativo de América Latina”.<sup>453</sup>

Cecilia López Montaña, Exministra de Agricultura y Medio Ambiente y exdirectora de Planeación Nacional, sostuvo que:

“Uribe hizo una combinación perversa: dejó que la economía creciera solamente en sectores que no generan empleo, abarató el capital mediante subsidios y exenciones tributarias por muchos billones de pesos, y flexibilizó más el mercado laboral, especialmente con el impulso a las cooperativas de trabajo asociado, lo que se tradujo en incremento de la informalidad, una clase media estrangulada, unos pobres recibiendo limosna y unos empresarios supermillonarios. [...] Uribe, sabía que ese modelo iba a alborotar el tema social, entonces apeló a una política social asistencialista. A los pobres les dijo: yo no les doy empleo, pero les doy subsidios, como Familias en Acción

<sup>450</sup> HAWKINS, Daniel James. Informe de coyuntura económica e inversión extranjera directa en 2010: Tendencias económicas e impactos sociolaborales, 2011. EN: <https://www.ens.org.co/wp-content/uploads/2016/11/Informe-Inversión-Extranjera-Directa-2010.pdf>

<sup>451</sup> Ibid. Informe de Coyuntura económica e inversión extranjera directa en 2010.

<sup>452</sup> El índice de Gini o coeficiente de Gini es una medida económica que sirve para calcular la desigualdad de ingresos que existe entre los ciudadanos de un territorio, normalmente de un país. El valor del índice de Gini se encuentra entre 0 y 1, siendo cero la máxima igualdad y 1 la máxima desigualdad.

<sup>453</sup> HAWKINS, Daniel James. Informe de coyuntura económica e inversión extranjera directa en 2010: Tendencias económicas e impactos sociolaborales, 2011. EN: <https://www.ens.org.co/wp-content/uploads/2016/11/Informe-Inversión-Extranjera-Directa-2010.pdf>

y los otros programas que aglutinan unos 12 millones de personas. Es el llamado Estado Comunitario, que termina en populismo por la manera como el presidente lo aplica, además con unos fines políticos claros.”<sup>454</sup>

### 5.3. ANÁLISIS DE LA EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD 2009-2010.

A finales de 2009, y teniendo en cuenta la situación financiera y social del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional determinó declarar el Estado de Emergencia Social, para lo cual expidió el decreto 4975 (Diario Oficial No. 47572 del 23 de diciembre de 2009) de dicho año, bajo las siguientes consideraciones:

- (i) La especial protección que demanda el servicio de salud, por ser un derecho fundamental autónomo;
- (ii) Pérdida del equilibrio financiero del Sistema, por el suministro de servicios y medicamentos no incluidos en el POS, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado;
- (iii) Crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los POS, que ha generado iliquidez a las EPS y a las IPS, y al sistema en general, amenazando la continuidad en la prestación de los servicios;
- (iv) Incentivación a la oferta y a la demanda de servicios de salud por fuera del POS por parte de algunos reguladores y agentes del Sistema dentro de los regímenes contributivo y subsidiado;
- (v) Altos costos para el FOSYGA por el pago de eventos no POS dentro del régimen contributivo;
- (vi) Inequidad al interior del régimen contributivo por el pago que el FOYGA debe efectuar sobre beneficios no POS;
- (vii) Corrupción en las EPS por solicitar recobros por medicamentos no formulados o con precios superiores a los del mercado;
- (viii) Déficit presupuestal de los Departamentos y Distritos, por atención de medicamentos y servicios no POS;
- (ix) Iliquidez de las EPS y de las IPS, tanto públicas como privadas, derivada del no pago de los Departamentos y Distritos;
- (x) Desbordamiento de las cuentas por cobrar de la red hospitalaria;
- (xi) Tramitología para el flujo de los recursos;

---

<sup>454</sup> AGENCIA DE INFORMACIÓN LABORAL, Modelo Económico expuesto por Cecilia López Montaña, 5 de agosto de 2010. EN: <https://ail.ens.org.co/informe-especial/balance-del-gobierno-alvaro-uribe-velez-5/>

- (xii) Desviación de la destinación de los recursos de salud;
- (xiii) Falta de herramientas sancionatorias de los entes de control para enfrentar el problema;
- (xiv) Probabilidad de presentarse cierre de hospitales públicos, quiebra de IPS y EPS, inviabilidad financiera de entidades territoriales, cesación de pagos al talento humano en salud y demás proveedores, así como la consecuente parálisis de la prestación de los servicios de salud, con lo cual se afectaría de manera grave el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional”.<sup>455</sup>

La exposición de motivos de dicho Decreto 4975 de 2009, reconoció los avances incorporados en la ley 1122 de 2007, respecto de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero consideró que éstos habían sido insuficientes, igual que las medidas administrativas adoptadas por el gobierno nacional, requiriéndose formular con urgencia políticas tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población, en especial la más pobre y vulnerable.

El panorama descrito por el gobierno nacional en materia de salud dentro de la exposición de motivos del decreto antes referido, efectivamente dejaba ver una situación apremiante que reclamaba soluciones urgentes, pero éstas no necesariamente obligaban la declaratoria de la Emergencia Social, dado que existían otras acciones estatales que podían adelantarse para conjurar la crisis del Sector, sin recurrir a dicha medida excepcional.

En este punto es importante precisar que la Emergencia Social sólo puede ser declarada en casos excepcionales que “perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyen grave calamidad pública”,<sup>456</sup> tal como lo establece el artículo 215 de la Constitución Política de Colombia. Aquí, claramente, no había una situación excepcional, porque la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud venía aflorando desde la expedición misma de la ley 100 de 1993, y los problemas reales se concretaban en dos aspectos: uno financiero, el cual podía ser resuelto vía presupuesto nacional o reforma tributaria, y otro de cobertura, que estaba íntimamente ligado con el financiero, porque en la medida que la población demandaba más servicios, las partidas presupuestales se iban presentando deficitarias.

---

<sup>455</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009. Diario Oficial 47572. EN: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1695090>

<sup>456</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, Editorial Legis, 2012, p. 93

La declaratoria de la Emergencia Social requiere, no sólo del surgimiento de un hecho imprevisto de carácter excepcional, sino del respaldo tanto de los sectores afectados como de los agentes políticos, sociales y económicos, que de una u otra forma pueden incidir en la toma de decisiones, tales como los gremios médicos, los sindicatos, los líderes políticos de los ámbitos departamental y municipal, y en general la ciudadanía que tiende a identificar la declaratoria de emergencia con la creación de nuevos impuestos.

El 20 de noviembre de 2009 el diario El Tiempo reseñó la noticia de la inminente declaratoria de emergencia social, así: “Con ese estado de excepción se busca, según el Presidente, incorporar los recursos económicos que se requieran para el salvamento financiero de la salud a través de las entidades territoriales. [...]. Los recursos que soportarán la emergencia provendrán de los impuestos al consumo de la cerveza, los licores y el tabaco. [...] A la inquietud de cuál es la solución estructural a esta problemática, el ministro (Diego Palacio) afirmó que el país debe dar una discusión de fondo acerca de hasta dónde está en capacidad el sector salud de prestar servicios no POS, qué tipo de servicios se deben y se tienen que prestar y cuáles no, como los tratamientos estéticos”.<sup>457</sup>

Sergio Isaza Villa, presidente de la Federación Médica Colombiana, enfatizó lo siguiente:

“Los Decretos de Emergencia Social constituyen un intento final y desesperado por enmascarar las consecuencias de un modelo privatizador, desregulador, de liberalización a ultranza y priorización del interés comercial en desmedro de la salud pública, que comenzó con la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, y 16 años más tarde (23 dic. 2009), culmina con 16 decretos que pretenden evitar el colapso financiero del sistema de salud colombiano. Sin duda, la historia registrará que el propio ponente de la Ley 100, en las postrimerías de su última gestión como Presidente de la República, tuvo la oportunidad de ver la magnitud del desastre ocasionado. La historia registrará también, que la crisis se desbocó porque el Ministro de Protección Social que condujo los últimos 7 años de esta política, desperdició todas y cada una de las oportunidades de rectificación y que, en las postrimerías de este Gobierno, [...] intentaron pasar a última hora una reforma al sistema de salud, en el marco de una Declaratoria de Emergencia Social. Una maniobra final que no afecta a quienes se apropiaron de los recursos de la salud sino a

---

<sup>457</sup> PERIÓDICO EL TIEMPO. Uribe declara la Emergencia Social. 20 de noviembre de 2009. EN: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3724428>

los pacientes (restringiendo su derecho a la salud), a los médicos (construyendo su libertad de prescripción y autonomía profesional) y a la población de más bajos recursos (fijando mayores cargas tributarias). Los últimos estertores de este modelo y la amplia movilización social de rechazo que generó su irracionalidad merecen ser registrados documentalmente”.<sup>458</sup>

En desarrollo del decreto de Emergencia Social, el presidente Álvaro Uribe, con la firma de todos sus ministros, expidió a partir del 23 de diciembre 2009, una serie de decretos encaminados a hacer frente a la crisis en el sector de la salud, todos con miras a recaudar recursos para direccionarlos hacia el cubrimiento de los déficits acumulados en el sector, tanto en el ámbito municipal, como departamental y nacional, y robustecer su financiación. Una vez conocidos por la opinión pública, estos decretos desencadenaron inconformismo entre la población, pues veía que se acercaban nuevos impuestos y una reforma tributaria que atentaría contra sus bolsillos. Según el presidente Uribe, ese rechazo se debió a la redacción confusa de los mencionados Decretos, que distorsionaron el verdadero propósito de la Emergencia.

Caracol Radio registró el llamado de atención que el Presidente hizo a sus ministros, de la siguiente forma: “Nos ponemos nosotros a adornarnos con un poco de literatura confusa y lo que hacemos es crear dificultades en la apreciación de los colombianos sobre un tema tan importante como es el tema de la salud. Breguemos a hacer esos decretos reglamentarios como versos de poetas populares; que se entiendan”. Y recalcó que duele mucho que, por cuenta de las confusiones, se haya creado la idea de que se quiere afectar al sector de la salud; “Un sector que lo llevamos en el alma, que trabajamos por él con todo el cariño, que nos parece un orgullo que se pueda llegar en este país a plena cobertura y se nos va a volver una tragedia por una confusión teórica. ¡Por favor aclaremos eso hombre!”.<sup>459</sup>

En enero de 2010, fecha de implementación de la Emergencia Social, Álvaro Uribe encabezaba las encuestas electorales para una segunda reelección presidencial, motivo por el cual el Procurador General de la Nación le advirtió sobre su imposibilidad de utilizar los medios de comunicación o la plaza pública para defender las medidas

---

<sup>458</sup> ISAZA VILLA, Sergio. A 16 años de la Ley 100 el sistema de salud colombiano está en cuidados intensivos, con anemia aguda y un cáncer terminal, Boletín Informática & Salud. Año 20 No. 05, Bogotá, 2010. EN: <http://www.med-informatica.net/EmergenciaSocial2010.htm>

<sup>459</sup> CARACOL RADIO, Fuerte regaño de Uribe a funcionarios que redactaron los decretos de la emergencia social, Bogotá, 6 de febrero de 2010, EN: [https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940\\_949814.html](https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940_949814.html)

adoptadas en los mencionados decretos, ya que esto se entendería como indebida participación en política.

Para Uribe era urgente y necesario popularizar el tema, razón por la cual, pidió a los miembros de su gobierno que adelanten una intensa ofensiva comunicativa para explicar,” hasta el cansancio”, el verdadero alcance de la Emergencia Social, con llamadas a los interesados, con el envío de cartas escritas y con apariciones en los medios de comunicación”. Sostuvo Uribe, “Yo no voy a utilizar eso para hacer política. Ni para maltratar candidatos, ni mucho menos [...] Como hay dificultades por el momento político, que a mí me preocupa mucho porque una cosa es que el presidente salga a la televisión a hacer política y otra cosa es para tratar un tema de interés general”.<sup>460</sup>

Es relevante recordar lo manifestado por el economista Armando Montenegro en su columna de El Espectador el 6 de febrero de 2010, quien frente al derrumbe generalizado del sistema de salud incorporado en la ley 100 de 1993, dijo: “Desde hace mucho tiempo se sabe que el sistema de salud está en quiebra, está mal manejado y necesita una profunda reorganización. Por años, una serie de políticos corruptos tuvo una gran injerencia en el manejo de los recursos de este sector; un equipo débil, sin mayor sofisticación, condujo la política estatal; los jueces reemplazaron a los médicos en la tarea de prescribir y hospitalizar a los pacientes. Y no se hizo nada hasta que el sistema estuvo al borde del colapso. Y cuando por fin se hizo algo, se hizo de manera ligera y torpe. Se aprovecharon las vacaciones judiciales para declarar una emergencia social, a sabiendas de su ostensible inconstitucionalidad. Y ahora, antes de que la tumben las Cortes, se pretende que el Congreso la apruebe a marchas forzadas”.<sup>461</sup>

Una vez expedido el decreto de declaración del estado de emergencia social, -4975 del 23 de diciembre de 2009-, Uribe Vélez lo remitió a la Corte Constitucional para su revisión, esperando que fuera declarado constitucional para hacer efectivas las soluciones que se había propuesto.

---

<sup>460</sup> CARACOL RADIO, Fuerte regaño de Uribe a funcionarios que redactaron los decretos de la emergencia social, Bogotá, 6 de febrero de 2010, EN:

[https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940\\_949814.html](https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940_949814.html)

<sup>461</sup> MONTENEGRO TRUJILLO, Armando. Salud, empleo y cambio. El Espectador, 6 de febrero de 2010. EN:

<https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/armando-montenegro/salud-empleo-y-cambio-column-186182/>

El 2 de marzo de 2010, el Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez solicitó a la Corte la declaratoria de inconstitucionalidad del decreto de Emergencia Social, al considerar, entre otras razones, que la crisis de la salud no fue un hecho inminente ya que se había venido presentando poco a poco, y si bien existía una desfinanciación del sector, ésta no derivaba de la falta de recursos sino del flujo que se hacía de los mismos. El procurador resaltó que en el sector salud había problemas de gestión; de intermediación; de falta de actualización del POS; de afiliación estancada para el régimen contributivo; de falta de inspección, vigilancia y control, y de corrupción, atribuibles a todos los actores del sistema.<sup>462</sup>

El Procurador Alejandro Ordóñez Maldonado argumentó su posición frente a la declaratoria de emergencia económica, de la siguiente forma:

“La declaratoria del estado de emergencia social efectuada mediante Decreto 4975 de 2009, NO se ajusta al orden constitucional, debido a que los hechos que la pretendieron sustentar [...] NO TUVIERON EL CARÁCTER DE SOBREVINIENTES, porque no se trató de fenómenos fácticos que se hubieran dado de manera REPENTINA e IMPREVISTA para el momento de tal declaratoria [...]. Hay que señalar que el Estado cuenta con unos parámetros constitucionales, desarrollados legalmente, a partir de los cuales el Gobierno Nacional, utilizando las vías ordinarias, debe proponer y construir las soluciones que el sistema de salud necesita [...]. De igual manera, los hechos que dieron origen a la declaratoria de emergencia social en salud, tampoco presentan la suficiente claridad o alcance para perturbar, EN FORMA INMINENTE, el orden social del país, ya que se podían emplear, al momento de la expedición del Decreto número 4975 de 2009, de manera eficiente recursos financieros, administrativos, regulatorios y de control existentes mientras se utilizaba el conducto democrático normal para solucionar la gravedad del asunto”.<sup>463</sup>

Conocida la solicitud elevada por el Procurador Ordoñez ante la Corte Constitucional pidiendo la declaratoria de inconstitucional de la Emergencia Económica, el Presidente Uribe en declaración vertida el 3 de marzo de 2010 a la Asociación de

---

<sup>462</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Concepto del Procurador General de la Nación, Bogotá, 2010. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

<sup>463</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Concepto del Procurador General de la Nación, Bogotá, 2010. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

Emisoras en Red de Antioquia, manifestó a la opinión pública los motivos que lo llevaron a utilizar dicha herramienta, expresando lo siguiente:

“Es que la perturbación que se veía venir no era producida por un hecho sobreviniente, eso se venía creando. La verdad es que el hecho sobreviniente no tiene que ser un hecho súbito sino un hecho grave. Si tuviera que ser un hecho súbito, entonces para lo único que se podría declarar una Emergencia Social sería para enfrentar un temblor de tierra, para enfrentar una tragedia de la naturaleza que no sea anticipable. [...]

Y aquí lo que estábamos enfrentando era una grave crisis de falta de recursos para atender el No POS del Régimen Contributivo. Y esa grave crisis anticipaba algo muy grave, que era una parálisis de la salud. ¿Por qué? Porque los departamentos decían: ‘Ya no tenemos plata para pagar el No POS’. Porque los hospitales decían: ‘Nos deben una cantidad de dinero muy grande’. Porque las EPS decían lo mismo. [...]

También se dice: ‘Es que esto se pudo atender con los instrumentos ordinarios de la legislación, por ejemplo, con el Congreso’. Aquí hay que decir lo siguiente: el hecho grave, la crisis, lo que se evitó, lo que se quiso conjurar, era inminente. No daba tiempo a utilizar las herramientas ordinarias. La inminencia del problema nos obligaba a actuar apelando a la Emergencia.

Eso también lo quiero destacar, porque el Gobierno tiene mucha preocupación por el debate constitucional. ¿Qué tal que nos quedemos entonces ahora sin esos recursos, a tener que esperar a que el Congreso apruebe esto por legislación? Se le haría un daño muy grande a la salud. Nosotros tenemos un déficit, la situación fiscal de la Nación no es fácil, y tenemos que atender esto de la salud. Por eso decretamos esta Emergencia”.<sup>464</sup>

Para este momento, el ambiente nacional estaba conmocionado, más aún, teniendo en cuenta que se aunaron diferentes asuntos que concitaban el interés popular, tales como la campaña presidencial, acompañada de la posible segunda reelección de Uribe, la Emergencia Social y las nuevas medidas tributarias contenidas en los decretos del gobierno, que anunciaban el incremento en el IVA, y la imposición de otros nuevos tributos.

---

<sup>464</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Secretaría de Prensa. Presidente urge que la Emergencia Social quede en firme. EN:

<http://historico.presidencia.gov.co/sp/2010/marzo/03/01032010.html#.YnL57BWYrjY.gmail>

La Corte Constitucional abocó el conocimiento respecto de la constitucionalidad del decreto de Emergencia Social, y emitió la Sentencia C-252 de 2010 el 16 de abril del mismo año, no sin antes tener en cuenta los documentos allegados en favor y en contra de la declaratoria de constitucionalidad.

Dando su apoyo a las medidas gubernamentales participaron en el debate, los Ministros de Hacienda y Crédito Público, de la Protección Social, Interior y de Justicia, y la Secretaría Jurídica de la Presidencia de la República, así como la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Gestarsalud y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, entre otros, que allegaron memoriales mediante los cuales exponen sus argumentos en favor de la declaratoria de constitucionalidad.<sup>465</sup>

En contra de la Emergencia Social, no sólo se hicieron visibles las clases populares, sino que intervinieron grandes personalidades de la vida nacional como los exmagistrados Eduardo Cifuentes Muñoz y José Gregorio Hernández Galindo y el exministro de Hacienda Juan Camilo Restrepo Salazar; también alzaron su voz la Comisión Colombiana de Juristas, la Federación Colombiana de Municipios, las universidades, la academia, los sindicatos y algunas agremiaciones médicas como la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, la Asociación Médica Sindical Colombiana, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto de Seguros Sociales y demás Entidades de Seguridad Social, el Sindicato de Servidores Públicos Hospital Universitario del Valle y el Sindicato de Trabajadores del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.<sup>466</sup>

La Corte Constitucional realizó, entonces, una síntesis valorativa de los argumentos expuestos por quienes defendieron la constitucionalidad de los decretos de Emergencia Social, en la siguiente forma:

“Se expone que los hechos relatados son graves e inciden en la prestación del servicio de salud en términos de calidad, oportunidad y eficiencia. Se resalta un déficit súbito en las finanzas públicas y privadas que dificulta

---

<sup>465</sup>REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Intervenciones ciudadanas que solicitan la constitucionalidad del decreto 4975 de 2009. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

<sup>466</sup>REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Intervenciones ciudadanas que solicitan la inconstitucionalidad del decreto 4975 de 2009. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

sensiblemente los pagos a las EPS, IPS y a los profesionales de la salud. Se señala la concurrencia de situaciones que pueden originar el cierre de hospitales, la quiebra de EPS y la inviabilidad de entidades territoriales, además de que se atenta contra la progresividad de los derechos sociales. De no declararse el estado de emergencia social, en poco tiempo no existirían recursos para el pago de atenciones en salud y, como es natural, los profesionales de la medicina, vértice y soporte del SGSSS, no tendrían de qué vivir. Se presentarían escenarios dantescos en los que al frente de las clínicas y hospitales rondarían afiliados sin posibilidad de atención, como las que se observa en las catástrofes naturales. [...]

El desbordamiento de la demanda de servicios no POS amenaza de manera grave e inminente la sostenibilidad del aseguramiento obligatorio del régimen subsidiado. [...] Al hecho de la variación abrupta en la demanda de las prestaciones no POS y de la falta de regulación, se sumó el conjunto de otros fallos en la regulación de tipo operacional y estructural como los concernientes al flujo de recursos, particularmente en el régimen subsidiado”.<sup>467</sup>

De otra parte, la Corte Constitucional recapituló los postulados de los intervinientes en contra de la declaratoria de Emergencia Social, así:

“Sobre este presupuesto, la gran mayoría de los intervinientes consideran que los hechos aducidos por el Gobierno como generadores de la declaratoria de la emergencia social no cumplen con la característica de ser sobrevinientes, es decir, anormales, inesperados o extraordinarios, y que por el contrario responden a varios problemas estructurales del SGSSS y a la negligencia del Gobierno, que han sido denunciados por sectores académicos y organismos de control.[...] Algunos abordan dos fundamentos generales a los que les es atribuible la crisis en la financiación del sistema y el quebrantamiento de la sostenibilidad del sector de la salud. El primero es el aumento del gasto que, sin constituirse en un hecho sobreviniente, ha avanzado constantemente durante los últimos años. Esto indica que pudo haberse previsto desde hace tiempo por medio del estudio de los resultados anuales que reportan el número de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. [...] En segundo lugar se menciona el aumento en la prestación de servicios no POS, afirmando que el Gobierno es el principal responsable gracias a su omisión reguladora en la unificación y actualización del POS, que ha ocasionado tal incremento afectando gravemente las finanzas del sistema. Esta situación y el

---

<sup>467</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Presupuesto Valorativo. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

consecuente aumento del costo de los servicios no son nuevas ni inesperadas, sino en realidad es una falla gubernamental”.<sup>468</sup>

Según consideraciones de la Corte contenidas en la Sentencia C-252 de 2010, cuando una crisis se ha venido gestando a través del paso del tiempo, los gobernantes pueden, y deben, utilizar mecanismos de respuesta incluidos dentro de la legislación vigente, sin necesidad de acudir a fórmulas excepcionales, no pudiendo, entonces, apelarse a la ampliación de competencias cuando no se ha hecho uso de las normas de que dispone en cada oportunidad.

En efecto, aquí se puede enfatizar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado en 1993, gozaba al momento de la declaratoria de Emergencia Social, y aún hoy, de un amplio catálogo normativo y de un diagnóstico efectuado previa la expedición de la ley 100, al cual podía acudir el Gobierno Nacional para conjurar la crisis, sin necesidad de acudir al expediente extraordinario. La ineficiente aplicación de la normativa regulatoria del SGSSS, aunada a la ineficacia de los entes de control establecidos para tal fin, y al despilfarro de los recursos públicos, junto con los altos niveles de corrupción que se venían incrementando año a año desde la creación misma del ISS, y que encontraron caja de resonancia en la voracidad de lucro de las EPS y de las IPS, no pudo ser entendido como un hecho inminente, aunque si grave, que debiera ser solucionado a través de una emergencia social.

Aclaró la Corte en su sentencia de Constitucionalidad, que corresponde al Congreso, por mandato expreso de la Constitución Política<sup>469</sup>, expedir las leyes que regirán la prestación del servicio público de salud; asegurar y consolidar su prestación eficiente; crear por ley las entidades que sean necesarias para atender el servicio; organizar la prestación de los servicios de salud, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; regular los mecanismos de vigilancia y control de la seguridad social en salud; determinar las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares a este efecto y establecer los términos en los cuales la atención básica será gratuita y obligatoria.<sup>470</sup>

---

<sup>468</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Presupuesto Fático. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

<sup>469</sup> Artículos 48, 49, 150-7, 150-23, 210, 288, 365 de la C.P.C.

<sup>470</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. La relevancia constitucional de los principios democrático y participativo. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

En este orden de ideas, el Gobierno Uribe contaba con un amplio catálogo normativo que le permitiría poner en consideración del Congreso el estudio y aprobación de Proyectos de Ley, tendientes a recaudar nuevos recursos, redistribuir los ya existentes y combatir la corrupción de todos los actores del Sistema, antes de acudir a un estado de excepción que, en cierta medida, desequilibraba los poderes públicos al revestirse de poderes autoritarios, así fuese de manera transitoria.

Analizados los decretos de Emergencia Social, la Corte Constitucional destacó que todos los hechos relacionados por el Gobierno Nacional, tenían ocurrencia desde mucho tiempo atrás, más concretamente desde 1997, y habían continuado presentándose hasta el momento de dicha declaratoria, razón por la cual no se podían catalogar como sobrevinientes y extraordinarios.

Resaltó la Corte, que el Gobierno así lo reconoció en los documentos allegados para la revisión constitucional, y trajo a colación los siguientes aspectos: (i) La situación de recobros por medicamentos y prestaciones no POS se evidencia de tiempo atrás y se mantiene en una línea sostenida en la actualidad, con algunos altibajos; (ii) La acumulación en el tiempo de lo no pagado oportunamente y finalmente ordenado en instancias judiciales en los años 2007 y 2008, constituyen asuntos de claro conocimiento por las autoridades responsables, y no revisten carácter sorpresivo; (iii) La afectación de los recursos destinados al aseguramiento como consecuencia de la demanda de servicios y medicamentos no POS, ha venido incrementándose y acentuándose en los últimos años.<sup>471</sup>

Desde otro punto de vista, la Corte Constitucional advirtió al Gobierno Nacional que uno de los principios básicos de la Seguridad Social en Salud es el de progresividad, el cual implica “que con el transcurrir del tiempo y la evolución social, económica, política y cultural de la sociedad, las perspectivas de un mejor servicio de salud aumenten y se amplíe, bajo el imperativo del Estado social de derecho, que también implica unos deberes correlativos”.<sup>472</sup> Frente a este principio se levantó un muro de contención representado en “la elusión, evasión, malversación de fondos, indebida contratación, alto costo de la intermediación, inexactitud en las bases de datos,

---

<sup>471</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. La generalización de servicios no POS de manera sobreviniente e inusitada. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm# ftn169>

<sup>472</sup> Ibid., Sentencia C252 de 2001, la generalización de los servicios no POS de manera sobreviniente e inusitada. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm# ftn169>

ineficiencia administrativa, corrupción, entre otros”,<sup>473</sup> los cuales abonaron el camino hacia el desequilibrio financiero del sistema.

En conclusión, la Corte consideró que las argumentaciones del Gobierno para declarar la Emergencia Social obedecían a una sucesión de hechos que se venían presentando y agravando desde 1997, por lo que no se podían catalogar como inesperados, siendo el más notorio el incremento de los servicios no POS, que aparejó otros problemas, tales como la iliquidez de las EPS y el cierre de hospitales.

La situación de los servicios no POS, dijo la Corte, no es una consecuencia de la Sentencia T-760 de 2008, pues allí no se justificaron planes infinitos de beneficios en salud, como afirmó el Gobierno. “Distinto es que los jueces de la República y la Corte se vean abocados a proteger el derecho a la salud por su amenaza o vulneración en ejercicio de sus atribuciones constitucionales. Resulta un contrasentido que algunos de los hechos que en su momento la sentencia T-760 de 2008 calificó como problemas recurrentes, del pasado y de orden estructural, como los relacionados con el suministro de medicamentos y tratamientos no POS, ahora sean invocados por el Gobierno como hechos de carácter sobreviniente y extraordinarios”.<sup>474</sup>

Bajo estas consideraciones, la Corte Constitucional resolvió declarar **INEXEQUIBLE** el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, no sin antes exhortar al Gobierno Nacional y al Congreso de la República para que adoptaran las medidas pertinentes a fin de conjurar la crisis, dado que sólo vía regulación del sistema se podrían alcanzar los propósitos inicialmente trazados en la ley 100 de 1993 y en los Planes Generales de Desarrollo.

Aunque la Corte declaró la inconstitucionalidad del Decreto de Emergencia Social con fecha 16 de abril de 2010, permitió el recaudo de los nuevos ingresos establecidos dentro de la emergencia social, el cual se podía hacer efectivo únicamente hasta el 16 de diciembre de 2010. Pero con el propósito de darle carácter permanente a las normas tributarias, el gobierno nacional presentó a consideración del Congreso, de manera inmediata, con mensaje de urgencia, un Proyecto de Ley que contenía todo el paquete

---

<sup>473</sup> Ibid., Sentencia C252 de 2001, la generalización de los servicios no POS de manera sobreviniente e inusitada. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

<sup>474</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Consideraciones adicionales en relación con las pruebas trasladadas: EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

tributario incorporado en los decretos de Emergencia Social, con destino a solventar parcialmente la crisis financiera del sector salud, el cual fue aprobado por el Congreso dando lugar a la ley 1393 del 12 de julio de 2010, vigente hoy en día.

Pese a que los recaudos tributarios emanados de la ley 1393 de 2010, provenientes en su totalidad del consumo de cerveza, cigarrillo, tabaco, y de los juegos de suerte y azar, tenían como propósito la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes contributivo y subsidiado, esta meta se constituyó en un reto por alcanzar para los gobiernos posteriores, ya que a la fecha de cohorte de la presente investigación, ésta no ha sido alcanzada, como tampoco la satisfacción de la población en cuanto a la prestación de los servicios de salud en Colombia.

## 6. CONCLUSIONES

Colombia ha venido construyendo lentamente sus políticas y servicios de salud desde 1886 hasta concluir en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se configuró en 1993, pero que aún continúa en proceso de transformación y de consolidación. Los pasos iniciales, de finales del siglo XIX, fueron consagrando medidas encaminadas a proteger la salubridad y la higiene públicas, para luego incorporar normas de asistencia pública y de previsión social, hasta alcanzar la conformación de un primer Sistema Nacional de Salud en 1975, que sirvió de base para la configuración, en 1993, del modelo existente hoy en día, sin que en más de 120 años de historia, los legisladores nacionales se hayan detenido a regular de forma detallada y fundamentada en la realidad social, económica y cultural del país, los temas relacionados con la salud pública, como un asunto de carácter multidimensional al que deben concurrir no sólo el Estado, sino la comunidad, las organizaciones sociales y económicas, la Academia, la escuela y cada individuo en particular.

Los debates parlamentarios adelantados tanto en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991, como en el seno del Congreso de la República, en el periodo comprendido entre 1990 y 2010, dejan al descubierto la falta de interés político de quienes tienen bajo su órbita la responsabilidad de diseñar las directrices que deben orientar todas las actividades relacionadas con la salud pública, de tal manera que obedezcan a las realidades sociales, económicas y culturales del país, y no a consensos de bancadas, que buscan, de una parte, presentar a la opinión pública soluciones inmediatistas, y de otra, satisfacer las exigencias de quienes ostentan el poder económico.

Las deliberaciones suscitadas por los Constituyentes de 1991, dan buena cuenta de que quienes orquestaron y sacaron adelante la reforma constitucional tenían como propósito fundamental elevar a rango constitucional los acuerdos provenientes del Consenso de Washington, escondiendo bajo el ropaje de Estado Social de Derecho, todo un catálogo neoliberal, que luego fuera desarrollado, sin rubor alguno, por las normas que comprometen el desarrollo económico y social del país.

El sector económico neoliberal, que tomó asiento en la Constituyente, abogó por la constitucionalización de la libertad de empresa y la libre competencia, que dos años más tarde vio sus frutos en el articulado de la ley 100 de 1993, que privatizó, en gran medida, la prestación de los servicios de salud, a través de las Empresas Prestadoras de Salud y de las aseguradoras, convirtiendo a la salud en una mercancía, sujeta a los vaivenes de la oferta y la demanda, y al desafortado ánimo de lucro que impulsa a la empresa privada.

Las intervenciones registradas en la Asamblea Nacional Constituyente respecto de la salud, por cierto, de corta duración y carentes de profundidad, con excepción de algunas propuestas social-demócratas, que después fueron rechazadas por el Congreso, se enderezaron principalmente a ubicarla no como un derecho sino como un servicio público a cargo del Estado, en ese momento de Derecho, descrito por algunos Constituyentes como un Estado negociador de los derechos de los asociados a cambio de contraprestaciones personales o de partido. Estos Constituyentes propusieron la creación de un Estado Social de Derecho, dentro del cual la salud podría tener un mejor futuro, pero dejando la puerta abierta para la concurrencia de los particulares en su prestación, dado que fue considerada como un derecho económico, y como tal, negociable, más aún, dentro del modelo económico de libre competencia adoptado por Colombia.

Uno de los logros principales alcanzado en la Asamblea Nacional Constituyente por parte del sector social-demócrata que allí tomó asiento, fue el de la consagración en el artículo 366 Constitucional como finalidades sociales del Estado el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, para lo cual éste debe encaminar sus actividades principalmente a solucionar las necesidades insatisfechas en salud, saneamiento ambiental y agua potable, elementos éstos que confluyen como pilares esenciales de la salud pública, pero que sin embargo no fueron estructurados como una norma constitucional autónoma.

Ninguna actividad económica a partir de la vigencia de la Constitución de 1991 escapó del principio de la libre competencia, e inclusive el mandato constitucional contenido en el artículo 333 prohíbe cualquier forma de obstrucción o restricción de la libertad económica, elevando a rango constitucional una medida de corte estrictamente neoliberal, bajo cuyo amparo se han tejido los grandes capitales de la clase más adinerada, y las grandes iniquidades del pueblo colombiano.

La exposición de motivos puesta a consideración del Congreso de la República para adelantar los debates que conducirían a la aprobación de la ley 100 de 1993 en materia de salud, no presentan ninguna actualización de la información existente hasta ese momento. Esta se limita a reproducir el mismo diagnóstico presentado en la Asamblea Nacional Constituyente para la redacción de los artículos 48, 49 y 366 de la nueva Constitución Política de Colombia, en donde no se adoptó una definición de salud pública ni de los aspectos que la constituyen, aludiendo únicamente como responsabilidad del Estado el saneamiento ambiental y el agua potable.

El grueso de los debates adelantados al interior del Congreso de la República, tanto en el Senado como en Cámara, respecto del proyecto de ley que dio lugar a la ley 100, desnudan el desinterés absoluto de los legisladores de 1993 por analizar, sistematizar y regular lo relacionado con la salud pública, y en su lugar dispusieron que sus actividades se deben seguir rigiendo por las leyes 9ª de 1979 (saneamiento ambiental) y 10 de 1990 (Sistema Nacional de Salud). No se puede desconocer, sin embargo, que se levantaron algunas voces para exigir el estudio pormenorizado de dichos temas, pero éstas fueron desestimadas por los congresistas, dando paso a los llamados consensos de las bancadas mayoritarias.

Una tendencia dominante en los debates adelantados en el seno del Congreso de la República, tanto en desarrollo de la ley 100 de 1993 como de la ley 1122 de 2007, es la de la preeminencia que el legislador otorga a la salud individual frente a la salud pública, al punto que la legislación en salud vigente es regulatoria de un sistema de atención médica de carácter individual tendiente a alcanzar la salud, no mediante la prevención y la promoción de la misma, sino por la curación y la rehabilitación de la enfermedad en la relación médico-paciente.

En Colombia existe una inclinación hacia la formalización o regulación de aspectos relacionados con la salud, hasta el punto de conformar un gran catálogo normativo que se ocupa de dicha materia, sin que exista una unificación de textos. Este hecho dificulta la interpretación y aplicación de las normas, a la vez que impide la visualización de la línea directriz que debe irradiar todo el Sistema, lo que hace imposible una ejecución eficiente de las políticas dispersas en leyes, resoluciones, decretos y tratados internacionales, en desmedro de una verdadera política de salud pública que redunde en beneficio de toda la población.

La salud pública tiene que emprender la consolidación de su propio camino, con fundamento en el conocimiento de la realidad social, económica y cultural de las distintas comunidades que conforman la nación colombiana, dinamizando el cúmulo de normas existentes y democratizando su conocimiento, hasta el punto de hacer comprensible a todos los grupos sociales la premisa de que el bienestar individual depende, en gran medida, de unas adecuadas políticas de salud pública, porque la ejecución de estas últimas son las que garantizan un adecuado estado de salud individual.

Prácticamente el total de los planteamientos llevados a consideración de los legisladores de 1993 respecto de la Seguridad Social en Salud, condujeron a debatir los aspectos económicos y mercantiles de la prestación del servicio, por encima de la atención de los usuarios, siendo así que se priorizó lo relacionado con el monto de la cotización, el valor de los diferentes servicios, los aportes a cargo de los trabajadores y de los empleadores, los recobros del FOSYGA, entre otros temas. Pero fueron dejadas en un segundo plano la calidad y oportunidad del servicio, la relevancia de la dignidad humana, la integralidad de la atención prestada, la gratuidad en casos de pobreza y la universalidad de la prestación, que de ninguna manera puede confundirse con la carnetización de la población.

La salud pública tuvo que superar casi dos siglos de historia de vida republicana para ser definida por primera vez por parte del legislador en el artículo 32 de la ley 1122 de 2007, y para que se ordenara al Gobierno Nacional, según lo establecido en el artículo 33 de la misma ley, la elaboración del Plan Nacional de Salud Pública que se desarrollará en cada cuatrienio, priorizando la atención y prevención de los factores que afectan la salud, y la promoción de las condiciones de vida saludables, concurriendo en ello el Estado y la comunidad en general. No obstante, los buenos propósitos señalados en la Ley, el Estado colombiano no asigna las partidas presupuestales necesarias para atender los gastos que demanda la salud pública de los colombianos, desconociendo que la inversión en salud pública y el desarrollo adecuado de sus políticas, minimiza las contingencias en salud de carácter individual.

La ley de seguridad social en salud, y sus reformas, han contribuido a poner en tensión el universo de los grandes empresarios del mercado de la salud, tales como las aseguradoras, las EPS y las IPS, frente al usuario y sus necesidades de salud. Y, es que, mientras los primeros, gozan de total protección por parte del Estado y pueden desarrollar sus negocios bajo la libre competencia, además de ser los direccionadores

de las normas que los regulan; los segundos, deben conformarse con los deficientes servicios que dichas empresas les prestan, colocándolos en un estado de indefensión frente al magno poder del dinero.

La sentencia T-760 de 2008 marca un hito en la historia de la salud: primero, porque la define como un derecho fundamental autónomo, sin que tenga que acudir a la sombra de otros derechos para exigir su garantía y cumplimiento por parte del Estado y de las empresas prestadoras de salud; y, segundo, porque imparte un catálogo de órdenes dirigidas al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y al FOSYGA, para que asuman sus obligaciones de regulación, control y vigilancia del sector, desnudando la inoperancia de estos entes administrativos y la profunda crisis que de ella se ha derivado para el sector salud.

Pese a los avances registrados en la ley 1122 de 2007, los legisladores colombianos no han entendido que la salud pública es una ciencia social de carácter interdisciplinario e intersectorial, y que su fin último es brindar a toda la población unas condiciones de vida dignas, no sólo mediante la prestación eficiente de los servicios de salud, sino que allí concurren la educación, la vivienda, el empleo, la alimentación, la recreación, los servicios públicos, el ambiente sano, la salud mental y esencialmente las campañas de promoción y prevención, todo lo cual necesita del apoyo de todos los sectores de la sociedad, a cuya cabeza debe estar el Estado. Sólo así se podría hablar de SALUD PÚBLICA como sinónimo de DIGNIDAD HUMANA.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### Doctrina

- ALZATE MORA, Daniel. Las formas jurídicas (pos) neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-destructivas del derecho útil al capital. Bogotá, Universidad del Rosario, 2014
- BOCANEGRA ACOSTA, Henry. Neoliberalismo y Constitución Política de 1991, Bogotá, Universidad Libre, 2001
- BUENAHORA FEBRES-CORDERO, Jaime. El proceso constituyente. De la propuesta estudiantil a la quiebra del bipartidismo. Bogotá, Universidad Javeriana, 1991
- CEPEDA ESPINOSA, Manuel José. Foro Revisión a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de seguridad social en salud: Sentencia T-760 de 2008, Bogotá, Universidad del Rosario, 17 de septiembre de 2008
- CURREA DE LUGO, Víctor. La salud: De la caridad al negocio sin pasar por el derecho. EN: La salud está grave: Una visión desde los derechos humanos, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2000
- DUGUIT, León. Soberanía y Libertad, Traducción de José G. Acuña, Buenos Aires, Editorial Tor, 1943
- ESPINOSA VALDERRAMA, Abdón. Balance neoliberal en rojo. Diario El Tiempo, Bogotá, 5 de mayo de 1998
- GAÑAN ECHAVARRÍA, Jaime León. Los muertos de la ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Medellín, Universidad de Antioquia, 2013.
- GARAY SALAMANCA, Luis Jorge. El embrujo autoritario. Primer año de Gobierno de Álvaro Uribe Vélez, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2003

- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana, Revista Avances en Enfermería, Vol. 9, No. 2, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1991
- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos, Bogotá, Ediciones Ántropos Ltda., 2000
- JARAMILLO URIBE, Jaime, Etapas y sentido de la historia de Colombia. EN: Colombia hoy, Bogotá, Siglo XXI Editores, 1978
- KALMANOVITZ, Salomón. Constitución y modelo económico. EN: Diez años de la Constitución colombiana, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos, 2001
- LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo. La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: Encrucijadas y salidas. Bogotá, Universidad de los Andes, 2011
- LEMONS SIMMONDS, Carlos. Prólogo a la obra de LOPEZ CABALLERO, Juan Manuel, La Violencia de los 90's., Bogotá, Graficas Ducal Ltda, 1998.
- MARTÍNEZ, Félix y cols., ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? A ocho años de la reforma en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana No. 70, 2005
- MELO, Jorge Orlando. Historia mínima de Colombia, Bogotá, Turner Publicaciones 2018
- MERCADO GAZABON, Ana Carolina. La influencia de León Duguit en la reforma social de 1936 en Colombia, Bogotá, Universidad del Rosario, 2015
- OCAMPO, José Antonio. Historia Económica de Colombia. Bogotá, Biblioteca Familiar Presidencia de la República, 1997.
- PEDRAZA CUERVO, Ariel. Estatuto de seguridad social y pensiones, Bogotá, Editorial Leyer, 2008
- PERRY RUBIO, Guillermo. Decidí contarle. Bogotá, Editorial Géminis, 2019
- POMBO, Manuel Antonio y GUERRA, José Joaquín. Constituciones de Colombia, Tomo IV, Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1986
- QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y otros. La salud en Colombia -Análisis sociohistórico, Bogotá, Ministerio de Salud -Departamento Nacional de Planeación-, 1990

- QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y Otros. *Café y Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953.* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004
- QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y cols. *El renacer de una ilusión. Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969-2019, Tomo I.* Bogotá, Editorial Universidad del Rosario 2021
- RESTREPO PIEDRAHÍTA, Carlos. *Recopilación de Actos Legislativos, 1914-1986.* Bogotá, Biblioteca Banco Popular, 1986
- RODRÍGUEZ SALAZAR, Oscar. *La protección social bajo el reino del mercado,* Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2017
- SÁCHICA, Luis Carlos. *Constitucionalismo colombiano,* Bogotá, Editorial Temis, 1980
- SAMPER, José María, *Derecho Público Interno.* Bogotá, Editorial Temis, 1982
- TASCÓN, Tulio Enrique. *Derecho constitucional colombiano. Comentarios a la Constitución Nacional,* Bogotá, Editorial Minerva, 1934
- TEJEDOR ESTUPIÑÁN, Juan Miguel. *El modelo económico y su relación con los derechos humanos en Colombia. Una Aproximación.* Bogotá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2012
- TIRADO MEJIA, Álvaro, *Colombia: Siglo y medio de bipartidismos. EN: Colombia Hoy.* Bogotá, Siglo XXI Editores, 1978
- TIRADO MEJÍA, Álvaro y VELÁSQUEZ, Magdala. *La reforma constitucional de 1936,* Bogotá, Editorial La Oveja Negra, 1982
- URIBE GÓMEZ, Mónica María. *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006), Tesis de Grado 2009,* México, D.F., 2009
- VEGA VARGAS, William Manuel. *Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. Tesis de Grado, Magister en Historia,* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2010
- VEGA VARGAS, Manuel y Cols. *La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: Aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. Revista Gerencia y Políticas de Salud No. 11.* Bogotá, 2012

VEGA VARGAS, Manuel y ÁVILA, Billy. La corrupción en el sector salud en Colombia: Un asunto de fondo. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2018.

VELÁSQUEZ FORERO, Augusto. Apología o falacia neoliberal. Popayán, Universidad del Cauca, junio 24 de 2005

VÉLEZ, Marcela. La salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Bogotá, Editora Géminis, 2016.

YEPES, Francisco José y otros. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, Bogotá, Universidad del Rosario, 2010.

### **Webgrafía**

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA. Síntesis histórica de la medicina en Colombia, Bogotá, febrero 27 de 2015. En: <https://anmdecolombia.org.co/sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia/>

ASI VAMOS EN SALUD. ORG. Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, mayo 29 de 2009. EN: [https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/seguimiento\\_sentencia\\_t760.pdf](https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/seguimiento_sentencia_t760.pdf)

AYALA, Ulpiano. Introducción a la seguridad y a los seguros sociales. EN: Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia (1946-1992), Centro de Investigaciones para el desarrollo, Universidad Nacional. En: <https://es.scribd.com/document/206460621/Rodriguez-Estructura-y-Crisis-de-La-Seguridad-Social-en-Colombia-1946-1992>

BANCO DE LA REPÚBLICA. Miembros de la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. En: [https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Miembros\\_de\\_la\\_Asamblea\\_Nacional\\_Constituyente\\_de\\_1991](https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Miembros_de_la_Asamblea_Nacional_Constituyente_de_1991)

BANCO MUNDIAL. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. EN: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BEJARANO, Jorge. Reseña histórica de la higiene en Colombia. En: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/22310/3222>

- BERUMEN, Sergio A., Evaluación de las reformas del Consenso de Washington en Brasil y México, Comercio Exterior, Vol. 59, núm. 9 septiembre de 2009. EN: [http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/130/3/704\\_Berumen.pdf](http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/130/3/704_Berumen.pdf)
- CABO SALVADOR, Javier y otros. Gestión sanitaria integral: Pública y Privada. EN: <https://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
- CARMONA, Luz Dary y Cols. La desprotección social se profundiza, Bogotá, Ediciones Antropos, 2003, ps. 61 a 67. EN: <https://pdba.georgetown.edu/Security/citizensecurity/Colombia/evaluaciones/primeranoUribe.pdf>
- CENSO-GUIA DE ARCHIVOS DE ESPAÑA E IBEROAMÉRICA. Archivo de la Secretaría Distrital de Salud -Bogotá, Colombia. Historia de la institución que custodia los fondos de archivo. En: <https://censoarchivos.mcu.es/CensoGuia/archivodetail>.
- DAVILA LADRON DE GUEVARA, Andrés. Democracia pactada. El Frente Nacional y el proceso constituyente del 91. EN: <https://books.openedition.org/ifea/3976?lang=es>
- DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN, Breve reseña histórica. EN: <https://domipresen.com/cgen19/index.php/es/home/estructuras/279-provincia-de-bogota-esp>
- ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. En: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101019091830/9Alvarez.pdf>
- FRANCO GIRALDO, Álvaro, La ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia. En: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/25034/20373>
- GAITÁN, Jorge Eliecer (1972) 1928. La masacre en las bananeras. Documentos. Testimonios. Bogotá, Ediciones libres.
- GÓMEZ, Carlos Mario, Economía, desigualdad y conflicto en Colombia, Universidad de Alcalá, 2000. EN: <https://econ.web.uah.es/Ensayos/CMGViolenciaDesigColombia.PDF>

HAWKINS, Daniel James. Informe de coyuntura económica e inversión extranjera directa en 2010: Tendencias económicas e impactos sociolaborales, 2011. EN: <https://www.ens.org.co/wp-content/uploads/2016/11/Informe-Inversión-Extranjera-Directa-2010.pdf>

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. Análisis del modelo colombiano de cobertura universal en salud. EN: <https://cebes.org.br/mariohernandez-alvarez-analisa-o-modelo-de-cobertura-universal-em-saude-colombiano/12979/>

ISAZA VILLA, Sergio. A 16 años de la Ley 100 el sistema de salud colombiano está en cuidados intensivos, con anemia aguda y un cáncer terminal, Boletín Informática & Salud. Año 20 No. 05, Bogotá, 2010. EN: <http://www.med-informatica.net/EmergenciaSocial2010.htm>

LEYVA RAMÍREZ, Eric. La Constitución Política de 1991 como producto del poder constituyente primario en Colombia. Revista Nueva Época No. 56, 2021. EN: [file:///C:/Users/57300/Downloads/portalderevistas,+arti%CC%81culo+5.+pp+125-147%20\(a\).pdf](file:///C:/Users/57300/Downloads/portalderevistas,+arti%CC%81culo+5.+pp+125-147%20(a).pdf)

LÓPEZ CABALLERO, Juan Manuel. Uribe, un caballo de Troya. Revista Semana. 21 de enero de 2010, Opinión. EN: <https://www.semana.com/uribe-caballo-troya/89806/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Constitución de la Organización Mundial de la Salud. EN: <https://international.vlex.com/vid/mundial-salud-oms-67144579>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Observación General 14 EN: <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>

OTERO PRADA, Diego. Gastos de guerra en Colombia, Bogotá, Indepaz, 2016. EN: <https://indepaz.org.co/wp-content/uploads/2018/09/Los-Gastos-de-la-Guerra.pdf>

PEÑA SALINAS, Víctor Hugo. La política comunitaria de Uribe Vélez. Revista Derecho y Realidad No. 7, 2006, EN: [file:///C:/Users/57300/Downloads/derechoyrealidad,+6\\_la\\_politica\\_comunitaria.pdf](file:///C:/Users/57300/Downloads/derechoyrealidad,+6_la_politica_comunitaria.pdf)

POSSO GONZÁLEZ, Camilo. Trayectoria.  
EN: [https://es.wikipedia.org/wiki/Camilo\\_González\\_Posso](https://es.wikipedia.org/wiki/Camilo_González_Posso)

- QUEVEDO VÉLEZ, Emilio y CORTÉS, Claudia. El Concepto de “Sistema”: De la química y la fisiología a la salud pública y las ciencias sociales. Bases para una investigación futura. Revista Ciencias de la Salud No. 13. P.108. EN: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4376/3161>
- QUINTERO RAMÍREZ, Oscar. Sociología e historia del movimiento estudiantil por la Asamblea Constituyente de 1991, Universidad Nacional de Colombia, 2002. EN: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/11164/11830>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Las Cuatro Estrategias, 1970-1974. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Para Cerrar la Brecha, 1974-1978. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Plan de Integración Social, 1978-1982. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Cambio con Equidad, 1982-1986. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Plan de Economía Social, 1986-1990. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. La Revolución Pacífica, 1990-1994. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. El Salto Social, 1994-1998. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Cambio para Construir la Paz, 1998-2002. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Hacia un Estado Comunitario, 2002-2006. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Un Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. 2006-2010. En: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Planes-de-Desarrollo-anteriores.aspx>

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2018. EN: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Estadística, Series de población 1985-2020. EN: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=238&Itemid=121](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121)

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Gasto en Salud de Colombia 2004-2011. EN: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Boletin%20No%202.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Protección Social, Informe de Gestión 2002-2010. EN: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Informe%20Rendicion%20de%20Cuentas%202002-2010.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Salud y Protección Social. Histórico de cobertura en afiliación salud. EN: <https://www.minalud.gov.co/saludDocuments/Forms/DispForm.aspx?ID=1538>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social, Respuesta Auto remitido el 23 de julio de 2009 por la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional a la Sentencia T-760 de 2008. En: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/Respuestas%20Autos/RESPUESTA%20OFICIO%20200%20SOBRE%20ORDEN%2016%20MPS%20ultima%20version.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Superintendencia de Industria y Comercio, Resolución No. 10958 de 2009. EN:

[https://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/normatividad/Publicaciones\\_Despacho\\_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES\\_COMPETENCIA\\_ANOS/2011/RESOLUCION\\_46111\\_DE\\_30\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2011\\_SANCION\\_ACEMI.pdf](https://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Publicaciones_Despacho_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES_COMPETENCIA_ANOS/2011/RESOLUCION_46111_DE_30_DE_AGOSTO_DE_2011_SANCION_ACEMI.pdf)

SARMIENTO PALACIO, Eduardo. Economía del narcotráfico, Revista Desarrollo y Sociedad, Universidad de los Andes. EN:

<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.13043/dys.26.1>

SOSA FUENTES, Manuel. Otro mundo es posible: Crítica del pensamiento neoliberal y su visión universalista y lineal de las relaciones internacionales y el sistema mundial. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012. EN: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/32516/29870>

URIBE GÓMEZ, Mónica. Entre la beneficencia y la asistencia pública. EN: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8495/9139+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

URIBE GÓMEZ, Mónica. La Dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: Exclusiones y resistencias (1975-2003), EN: [file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2656-9323-1-CE%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2656-9323-1-CE%20(3).pdf)

VEGA ROMERO, Román y JARA NAVARO, María Inés. Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud. EN: <file:///C:/Users/57300/Downloads/adminpujojs,+2903-10197-1-CE.pdf>

VILLAR CENTENO, Luis Ángel, La ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. EN: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>

WOLF, Alfred. La salud como factor de desarrollo, 1967. EN: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15292/v62n4p289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## **NORMAS**

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 25772, 21 de febrero de 1945, Ley 6 de 1945, Bogotá, Imprenta Nacional, 1945

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial 23112, 7 de enero de 1947, Ley 90 de 1946, Bogotá, Imprenta Nacional, 1947

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 32616, Bogotá del 7 de octubre de 1968, Decreto 2470 de 1968, Imprenta Nacional, 1968

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial 33877 del 28 de junio de 1973, Ley 9ª de 1973, Bogotá, Imprenta Nacional, 1973

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Diario Oficial No. 39137 de 1990, Ley 10 de 1990. Bogotá, Imprenta Nacional, 1990

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009. Diario Oficial 47572. EN:  
<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1695090>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Gacetas Constitucionales Nos. 1, 5, 21, 22, 24, 25, 78, 83, 85, 109, 127, Bogotá, Imprenta Nacional, 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Informe de Sesiones de la Comisión Quinta del 19 de marzo, 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, abril 2 de 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, abril 12 de 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Asamblea Nacional Constituyente, Transcripción de Sesiones, 21 de abril de 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, Editorial Legis, 2012

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, Ley 100, Tomos III y IV, 1993

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gaceta del Congreso No. 130, 1993

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gacetas del Congreso Nos. 249, 489 y 510 de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Gacetas del Congreso Nos. 12 y 57, Bogotá, 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Archivo Congreso Cámara, ley 1122 de 2007

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 001 del 18 de mayo de 1993, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 004 del 21 de mayo de 1993, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Acta 005 del 25 de mayo de 1993, Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-406 de 1992. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-447 de 1994. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-447-94.htm>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008, EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Corte Constitucional, Sala de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008. Auto Del 13 de julio de 2009, Orden 16. EN: [https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3055358/6\\_+Auto+09-07-13+No+accede+a+expedir+certificaci%C3%B3n.pdf/ff2fb0df-db51-4e1d-8530-b028687c23e4](https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3055358/6_+Auto+09-07-13+No+accede+a+expedir+certificaci%C3%B3n.pdf/ff2fb0df-db51-4e1d-8530-b028687c23e4)

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional, Sentencia C-252 de 2010. Concepto del Procurador General de la Nación, Bogotá, 2010. EN: [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#\\_ftn169](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-252-10.htm#_ftn169)

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social, Informe con destino a la Corte Constitucional de 30 de enero de 2009. EN: <https://www.corteconstitucional.gov.co/t-760-08/informesperiodicos/Primer%20Informe%2030-01-2009.pdf>

## **PRENSA**

AGENCIA DE INFORMACIÓN LABORAL, Modelo Económico expuesto por Cecilia López Montaña, 5 de agosto de 2010. EN: <https://ail.ens.org.co/informe-especial/balance-del-gobierno-alvaro-uribe-velez-5/>

CARACOL RADIO, Fuerte regaño de Uribe a funcionarios que redactaron los decretos de la emergencia social, Bogotá, 6 de febrero de 2010, EN: [https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940\\_949814.html](https://caracol.com.co/radio/2010/02/06/nacional/1265462940_949814.html)

EL ESPECTADOR, Columna de Armando Montenegro Trujillo. Salud, empleo y cambio. 6 de febrero de 2010. EN: <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/armando-montenegro/salud-empleo-y-cambio-column-186182/>

EL TIEMPO. No participamos de la Constituyente, octubre 10 de 1990, Bogotá, Biblioteca Nacional, Hemeroteca.

EL TIEMPO. Renunció Directora del Seguro Social, 9 de octubre de 1992. EN: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-219910>

EL TIEMPO. AD-M-19 SE VA DEL GOBIERNO. 24 de noviembre de 1992, Bogotá, Biblioteca Nacional, Hemeroteca.

EL TIEMPO. AD-M-19 SE VA DEL GOBIERNO. Carta al Presidente, 24 de noviembre de 1992, Bogotá, Biblioteca Nacional, Hemeroteca.

EL TIEMPO. Uribe declara la Emergencia Social. 20 de noviembre de 2009. EN: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3724428>

EL TIEMPO. 40 años de la toma de la embajada de República Dominicana, 25 de febrero de 2020. EN: <https://www.eltiempo.com/politica/toma-de-la-embajada-de-republica-dominicana-asi-ocurrio-el-secuestro-hecho-por-el-m19-466528>

EL TIEMPO. No arranca la ley 100. Artículo de mayo 18 de 1995, Juan Luis Londoño De La Cuesta: EN: <https://m.eltiempo.com/archivo/ocumento/MAM-328399>

EL TIEMPO. Entrevista rendida por Herman Redondo, 7 de agosto de 2000. EN: <https://www.eltiempo.com/amp/archivo/documento/MAM-1212687>

EL TIEMPO. Entrevista rendida José Félix Patiño, 7 de agosto de 2000. EN: <https://www.eltiempo.com/amp/archivo/documento/MAM-1212687>

REVISTA DE FRENTE, junio 26 de 2020. Las cruciales contribuciones del doctor Salvador Allende y el Gobierno de la Unidad Popular a la Salud Pública en Chile. EN: <https://www.revistadefrente.cl/las-contribuciones-de-salvador-allende-y-la-unidad-popular-a-la-salud-publica-en-chile/>

REVISTA SALUD COLOMBIA, Entrevista rendida por Alonso Gómez Duque, abril de 2002. EN: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud64/report64.htm>

SECRETARÍA DEPRENSA, Presidencia de la República. Presidente urge que la Emergencia Social quede en firme. EN: <http://historico.presidencia.gov.co/sp/2010/marzo/03/01032010.html#.YnL57BWYrjY.gmail>

SEÑAL MEMORIA. Toma del Palacio de Justicia, 35 años de un trágico suceso, viernes 6 de noviembre de 2020. EN: <https://www.senalmemoria.co/toma-palacio-justicia>