

## LA SALUD EN “EL JUEGO DEL MERCADO”

**Félix León Martínez<sup>1</sup>**

Este documento fue publicado como tercer capítulo del libro “Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social”. Arévalo Decsi (E). Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VIII. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia - FEDESALUD, Bogotá, 2019

### INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2011 el Partido Popular (PP) ganó las elecciones en España y comenzó un Gobierno conservador (o de derecha, según se prefiera) liderado por el presidente Mariano Rajoy. Seis meses antes, el diario *El Periódico*, del 27 de junio del 2011, señalaba:

[...] Rajoy ha creído una buena idea encargar a José María Aznar un proyecto de reforma del modelo sanitario público en el que se contemplará, entre otras vías de financiación, el copago, según fuentes del PP y del entorno del expresidente. El presidente de honor del PP (que transfirió la sanidad a las autonomías en el 2002) tiene claro el camino que, a su entender, debe seguir el modelo sanitario si quiere sobrevivir: abrir aún más la puerta al sector privado. [...]

Aznar, en su libro *España puede salir de la crisis*, publicado por la editorial Planeta en 2009, advertía que se necesitaban reformas profundas en el modelo de prestación de los servicios públicos asociados a la sociedad del bienestar, especialmente en el sistema sanitario, a fin de

---

<sup>1</sup> Médico, Magister en Salud Pública. Investigador Grupo de Protección Social. Facultad de Economía, Universidad Nacional. Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud).

adecuarlo al fuerte crecimiento de la población registrado en años recientes. Aznar abogaba por fomentar “la oferta plural de servicios” en el área sanitaria, en la idea de que vincular productores privados podía contribuir no solo a la pluralidad, sino también a la mejora de la calidad de la oferta y a la racionalización del gasto. En su opinión, abrir la competencia en amplios sectores de la economía generaba ganancias de eficiencia y bienestar para el conjunto.

El presidente Rajoy no planteó en su plan de gobierno abiertamente la privatización, sin embargo, la propició en comunidades autónomas como Madrid o Valencia, que dieron paso a la entrega de hospitales al sector privado, proceso que se enfrentó a una gran resistencia de los trabajadores del sector e incluso del sistema judicial, por lo que acabó siendo truncado o revertido.

El socialista Pedro Sánchez asumió el 2 de junio del 2018 como nuevo presidente del Gobierno español, después de lograr la aprobación en el Congreso de Diputados de una moción de censura contra el presidente Mariano Rajoy, motivada en un fallo judicial por corrupción en la financiación del Partido Popular. El nuevo Gobierno socialista apuesta por una sanidad pública y universal al anunciar el nombramiento de su ministra, Carmen Montón, quien desde el 2015 dirigía la Consejería de Sanidad Universal y Sanidad Pública de la Comunidad Autónoma de Valencia, desde la que, entre otros objetivos, se marcó poner fin al modelo de gestión privada de hospitales.

Según la cadena Radio y Televisión Española (RTVE)

[...] El mismo día de su toma de posesión como “consellera” había anunciado su compromiso de rescindir todos los conciertos sanitarios “posibles” en la Comunitat Valenciana para “retornar la sanidad a lo público” –incluyendo la gestión de las resonancias magnéticas–, y eliminar los “copagos y repagos”. Su gestión al frente de la Conselleria ha estado marcado por ese proceso de reversión, personalizado en el Grupo Ribera Salud que gestionaba el hospital de la Ribera en Alzira (Valencia) desde

2003 y que el pasado 1 de abril volvía a manos de la Generalitat. (RTVE.es, 2018) [-  
]

Es fácil deducir de lo antes expuesto que, en España (como en la mayoría de los países de occidente), la privatización de la organización sanitaria es un propósito de las derechas políticas y un anatema para los partidos de izquierda. Por ello, cuando se plantea el requerimiento de analizar el marco teórico detrás de la reforma del sistema de salud y seguridad social en Colombia concretado en la Ley 100 de 1993, surge de inmediato la pregunta de si las reformas tienen origen o sustento en el surgimiento y propagación de un pensamiento científico o teórico innovador o, por el contrario, hacen parte del desarrollo de un ideal normativo, de una visión de la sociedad que determina un accionar político.

En el primer caso, debería existir alguna ruptura epistemológica que pueda perseguirse a través de las citas de autores consecutivos, un pensamiento innovador basado en nuevas formas de aproximarse a la comprensión del fenómeno salud-enfermedad o en nuevos descubrimientos científicos o tecnológicos en la lucha contra las enfermedades, o bien en nuevas preguntas y respuestas en las ciencias sociales relacionadas con el devenir histórico de las normas e instituciones involucradas en los servicios de salud en cada sociedad, todas ellas capaces de transformar la realidad social.

En el segundo caso, en cambio, no se requeriría ruptura epistemológica alguna, sino la propagación de una visión ideal o normativa del hombre y la sociedad, visión a la que deben adaptarse el concepto de salud-enfermedad; las aproximaciones científicas, tecnológicas, sociales o antropológicas frente a la enfermedad; y las teorías sobre las normas e instituciones involucradas en los servicios de salud en cada sociedad. Son estas últimas las que deben encajar la mayor de las veces en un pensamiento totalizante, en el camino que está previamente decidido.

Es necesario precisar que los planteamientos anteriores son posibilidades teóricas límites, dado que, en la realidad, entre los dos existe un *continuum* que obliga a “reflexionar acerca de los campos de poder que subyacen en el tratamiento de los problemas sociales como

objetos de conocimiento; para alejarse del modo tradicional de concebir la ciencia [...]” (Cruz, 2015, p. 9). En los párrafos siguientes se argumenta que estas reformas *promercado* se inclinan más hacia la segunda motivación: la persecución de un ideal normativo, de una visión teleológica con fuertes implicaciones morales, que, por supuesto, requiere de intelectuales para justificar el actuar político de académicos y tecnócratas, quienes, en nombre de “la ciencia”, organizan la lucha por la defensa de la verdad, del pensamiento único, “sacerdotes del reino” capaces de mantener el monopolio de la producción ideológica y simbólica indispensable para imponer y sostener una visión interesada de la realidad social (Bourdieu, 1999).

Tan teleológica resulta la visión del “Dios Mercado” y su paraíso de libertades negativas como la visión del “Dios Estado” y su paraíso comunista. Ambos pensamientos únicos cumplen la función de sostener poderes políticos. El sometimiento de los pueblos a estas visiones totalizantes implica siempre grandes dosis de alienación y sufrimiento. Su identificación siempre será su imposibilidad para reconocer la realidad cuando no encuadre en su modelo y su intransigencia y radicalismo frente a cualquier alternativa de moderación, distinta del fundamentalismo que predicán y que, sobre todo, ejercen. Si bien este análisis se refiere a la visión totalizante del “Dios Mercado”, que sufrimos en Colombia, cabría otro similar sobre la visión totalizante del “Dios Estado”, a la que finalmente parece renunciar el Gobierno cubano.

A partir de esta reflexión, como aperitivo provocador, se abre el análisis. En la primera sección se revisan los orígenes del fundamentalismo político, que se instrumentó con el modelo económico en nuestro país a partir de las reformas de los años ochenta y noventa, nuevo credo para el desarrollo construido sobre la extensión del postulado neoclásico de que el mercado sin ataduras es el mejor garante del bienestar de una sociedad. Dado que la evidencia señala hoy un resultado contrario (pues transcurridos treinta años de la aplicación de estas políticas económicas en nuestro país, Colombia ostenta uno de los índices de Gini más altos del mundo), no podía dejarse de lado la revisión a fondo de estas tesis económico-políticas, ya que de ellas derivan igualmente los grandes problemas y contradicciones que

han conducido al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hacia una crisis permanente.

Entre las reformas de los noventa, producto de la instrumentación de las nuevas tesis económico-políticas promercado, por supuesto, se encuentra la Ley 100 de 1993, que dio lugar a la creación del SGSSS. Por ello, en la segunda sección se analizan los arreglos institucionales, es decir, el paso de la teoría neoliberal a la praxis de nuestro sistema de salud, la extraña privatización resultante y el desastre regulatorio de un mercado *sui generis*, inventado y sostenido con dificultad por la tecnocracia económica, que ha propiciado el conocido accionar poco transparente de los empresarios que manejan tan particular mercado.

La tercera sección se concentra en los efectos de la reforma en salud sobre la sociedad colombiana, desde el punto de vista de la equidad y solidaridad, mediante el seguimiento de su implementación, caracterizada por una lucha política y legal constante, durante los veinticinco años transcurridos desde la aprobación de la Ley 100, entre posiciones que buscan reducir desigualdades, discriminaciones y exclusiones, y posiciones que pretenden mantenerlas, justificándolas siempre con la “racionalidad económica”, que en realidad es una racionalidad política. Los efectos permiten evaluar si se avanzó, finalmente, hacia una sociedad más cohesionada o más fragmentada.

Como revisión de fondo de los veinticinco años de la reforma en salud, este documento recoge forzosamente muchos argumentos publicados previamente en documentos del mismo autor, la mayoría de ellos con Fedesalud y con el Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional.

## EL MARCO DE LA REFORMA: EL RETORNO DEL “DARWINISMO SOCIAL” [t2]

### **La doctrina económica y política [t3]**

La crisis económica de la segunda mitad de los años setenta dio lugar a un cambio en los sistemas productivos nacionales y a la emergencia de un nuevo paradigma productivo. A este modelo productivo se liga el llamado Consenso de Washington, que promovió una política económica contraria a la desarrollada en la posguerra, es decir, privatización total o parcial de empresas públicas y del sistema de seguridad social, reducción del gasto público social para evitar el déficit, apertura de los mercados al comercio exterior, promoción de la inversión extranjera directa y desregulación de los mercados y de la legislación del trabajo.

[ - ] La consecuencia directa fue una revigorización de los mecanismos del mercado para tratar de combatir la reducción de las tasas de ganancia, el estímulo a la competencia internacional que dio lugar a una nueva dimensión del mercado a nivel mundial, caracterizada por la mundialización, y la financiarización con impactos negativos sobre los niveles de salario y empleo. (Boyer, 2014, pp. 10-11) [ - ]

El actual modelo económico-político totalizante (la financiarización global), tal como lo señalan Alonso y Fernández,

[ - ] se ha construido contra el mundo de los derechos sociales y laborales, produciendo un discurso fuertemente autoritario sobre el poder sin contrapesos y la superioridad absoluta de las grandes corporaciones económicas y los grupos inversores de los que los Estados nacionales son cada vez más dependientes y subordinados. Tanto las políticas gubernamentales dominantes a nivel mundial, como los discursos hegemónicos de los medios de comunicación, aceptan de manera absoluta y apoyan con agresividad los dogmas habituales de la inevitabilidad de los mercados y de la

necesidad de todo tipo de sacrificios crecientes de la población para asegurar suculentos márgenes de beneficio, sobre todo a los sectores más improductivos del capital. (2018, p. 89) [-]

Según Alonso y Fernández (2018), tales dogmas provenían del desplazamiento de las recomendaciones de política económica desde la órbita keynesiana hacia un tipo de regulación en apariencia menos política, con mayor determinación económica, para lo cual las herramientas de la economía neoclásica, en especial las tendencias a la formalización y el refinamiento matemático, le daban un toque de *mayor científicidad* frente a los discernimientos de carácter especulativo de algunas teorías del desarrollo y del crecimiento. Este espacio es capturado por lo que Milton Friedman denomina la “revolución intelectual y política del liberalismo” (léase neoliberalismo) el cual hace “parte de un proyecto político que daría cuenta del llamado pensamiento neoconservador, restaurador de principios genuinamente capitalistas” (Alonso y Fernández, 2018).

Según Chang, “el Neo-Liberalismo está basado en una desafortunada alianza entre la economía Neoclásica, que provee legitimidad intelectual y la tradición libertaria Austriaca, que provee la retórica política” (1997, p. 4).

La visión interesada de la realidad social, que constituye el dogma, se apoya firmemente en una ciencia social (la economía) donde se centra hoy la lucha de lo simbólico. Son especialmente visibles los centros de pensamiento económico (que ocupan en nuestro tiempo el lugar que otrora tuvieron los sumos sacerdotes detrás del reino, para legitimar las decisiones de gobierno y los intereses de los poderes económicos) en donde académicos y tecnócratas, en nombre de la “ciencia”, producen por y para la lucha por el monopolio de la producción ideológica legítima (Martínez, 2017).

Esta conocida posición (al lado del poder) de los gurús de la economía, fue desnudada dramáticamente después de la crisis financiera del 2008 en los Estados Unidos en el documental *Inside Job*, que evidencia cómo asesores de política económica del Gobierno estadounidense y académicos prestantes niegan la existencia de cualquier conflicto de interés

al ser pagados simultáneamente por la industria financiera, o transitar alegremente por la “puerta giratoria”.

Aunque la lucha de la producción simbólica incluye a todas las ciencias sociales y humanas, se hará énfasis aquí en la enorme carga sobre la economía, ciencia plena de visiones parciales, hoy más lateralizada que otras ciencias sociales, debido a su papel central como técnica de gubernamentalidad (Foucault, 2007). Si la justicia se presenta ciega, la economía (al menos, la estándar) debería representarse tuerta. No querer ver por un ojo, negarse a medir el otro lado de la situación, el otro lado de las ganancias y del crecimiento, los impactos negativos de las actividades económicas (las externalidades, como se simplifica en ocasiones), negarse a conocer en profundidad sus efectos sobre la población o sobre el medio en el que esta vive implica una poderosa intencionalidad (Martínez, 2017).

Un buen ejemplo de esta tendencia lo señala Dani Rodrik (2011), para quien resulta sospechosa la facilidad con que destacados economistas concluyen que el comercio internacional es bueno para el país, sin atender las dificultades éticas y filosóficas de ese planteamiento. En opinión de dicho autor, los escritos de esos académicos sugieren que “de algún modo, los economistas han solucionado la naturaleza problemática de saber qué es bueno para la sociedad, incluso cuando algunos miembros de esa sociedad resultan perjudicados” (Rodrik, 2011, p. 84). Para este autor, en esos escritos no se presenta una valoración equilibrada de la evidencia (ventajas y desventajas), pues parecen más encaminados a persuadir al lector mediante juicios de valor que a brindarle información con la que formarse una opinión fundamentada.

### **El impulso de la nueva “doctrina económica” [t3]**

Max-Neff y Smith (2011) ponen en evidencia los intereses que difundieron la actual doctrina económica. Bajo el subtítulo “El Lobby Neoclásico”, en su libro *La economía desenmascarada*, estos autores señalan que a finales de los años sesenta, la Rand Corporation y la Fuerza Aérea de Estados Unidos (instituciones respaldadas por el Pentágono) lanzaron

un programa para financiar las investigaciones en economía matemática, con el fin de aprovechar la teoría de juegos y otras herramientas matemáticas que consideraban útiles para la defensa nacional. Gran parte de los recursos se dirigieron a las ocho principales universidades de Estados Unidos (California, Harvard, Princeton, Columbia, Stanford, Chicago, Yale y el MIT), las cuales reorientaron sus facultades de economía para disfrutar el flujo de ingresos. La dirección seguida por esas ocho grandes universidades, emulada por otras a nivel mundial, condujo a sacralizar la economía neoclásica como la doctrina económica definitiva y situarla como teoría central en las recomendaciones de los organismos internacionales, puesto que una buena parte de los economistas empleados desde finales de los años sesenta por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial han pasado por el adoctrinamiento de las “Ocho Grandes”. Para estos autores, no sorprende que, a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, en tanto doctrina económica, el neoliberalismo haya dominado sobre el mundo entero.

Por su parte, Sarah Babb comenta que, en 1992, en la revista *Business Week* se afirmaba que las reformas de libre mercado en Latinoamérica eran implementadas por una nueva generación de profesionales egresados, muchos de ellos, de universidades de Estados Unidos, de modo que existía una “red continental de profesionales egresados de las universidades de Harvard, Chicago y Stanford, quienes dirigen empresas privadas y ministerios de gobierno diseminando una nueva forma de pensar el mercado” (Baker y Weiner, 1992, p. 51, citados por Babb, 2005, p. 130).

Jairo Estrada (2005) sostiene que esos cambios de orientación desde la década de los sesenta lograron una redefinición del campo de la teoría y de la política, que consolidó a la elite intelectual de la producción de política económica como un nuevo sujeto político, cuya influencia en la conducción y encauzamiento estratégico de la política del Estado fue en crecimiento. ¿Pero de qué se trata la “redefinición del campo de la teoría y de la política económica”? El proyecto del Pentágono precisaba demostrar “científicamente” *las ventajas de la economía de mercado y también las desventajas de cualquier opción política que pretenda intervenciones del Estado* que no estén dirigidas a favorecer el mercado y también los intereses económicos, principalmente de los grandes capitales transnacionales (es decir,

la democracia de mercado consecuente). El nuevo credo para el desarrollo de los países de América Latina fue construido sobre la extensión del postulado neoclásico de que el mercado sin ataduras es el mejor garante del bienestar humano, debido a la “conducta racional” de los actores económicos (Vivares, 2013). Traducido en forma sencilla, el postulado dice: cuando el poderoso acumula más riqueza, todos se benefician.

Para Estrada (2005), las narrativas de la modernización y de la liberalización se fundamentaron en una crítica radical al Estado de bienestar, afirmando que era el responsable del incremento del déficit fiscal, de los grandes desequilibrios macroeconómicos, de un rápido aumento de la deuda externa y de la crisis de gobernabilidad, como consecuencia de una sobrecarga de funciones y un crecimiento incontrolable de la estructura del Estado.

Por supuesto que existen razones para querer moderar el gasto público y también un conocimiento empírico sobre los desequilibrios macroeconómicos, pero puede observarse que existían más razones en la Inglaterra de Margaret Thatcher para querer reducir el gasto público, que alcanzaba un 45% del PIB, que para aplicar similar receta en Colombia, donde para la misma época el gasto público no superaba el 16% del PIB. La importación de la receta se justifica con un modelo o análisis econométrico (Posada y Escobar, 2003) que, por supuesto, se limita a variables como el nivel de producción, la elasticidad del capital, la producción agregada, el consumo, etc. En cambio, la crisis social, la inequidad, la miseria, la exclusión, la violencia o la falta de gobernabilidad no son variables relevantes en este modelo, que pretende justificar “científicamente” una decisión política que afecta a toda la población e incide en el futuro económico y político del país y en la legitimidad del Estado.

Una nota de pie de página explica cómo se comporta la transmisión del conocimiento:

[–] Este tipo de estimación no ha sido usual; lo usual ha sido estimar relaciones lineales entre crecimiento y gasto público. Así, una evaluación del modelo neoclásico de crecimiento (Solow-Swan sencillo y ampliado con capital humano y otros factores) para 98 países a lo largo del período 1960-1985 realizada por Knight *et al.* (1993), implicó que un aumento de 10% de la relación inversión pública en capital fijo/PIB

generaba un aumento de 1% de la tasa de crecimiento del PIB por trabajador en países en desarrollo. (Posada y Escobar, 2003, p. 15) [-]

En la misma tónica, en otro estudio realizado 24 años antes y publicado por el Banco Mundial (Selowsky, 1979), titulado “¿Quién se beneficia del gasto del Gobierno? Un estudio de caso sobre Colombia”, el autor se pregunta qué es el subsidio asociado a la provisión de servicios por parte del sector público. Responde que hay dos definiciones de interés. La primera definición es el subsidio derivado de la política de precios del Gobierno, es decir, la diferencia entre el costo a largo plazo de los servicios del Gobierno y el precio a los consumidores, definición que únicamente inquiriere sobre el efecto distributivo de la política pública de precios. La segunda definición se refiere al subsidio que significa costear un servicio público con sus precios particulares en oposición a una situación en que servicios equivalentes pueden ser provistos por el sector privado. El subsidio consiste entonces en la diferencia entre el costo de la provisión pública y la privada.

Es evidente la intención del estudio, que coincide con su título: se pretende demostrar la ineficiencia de lo público en la provisión de servicios frente a la provisión privada. Pero lo que se quiere destacar, aparte de la nula neutralidad de su enfoque, es que en la introducción se señala el hecho de que otros autores realizan investigaciones similares en otros países, de manera que no son solo esfuerzos aislados, sino que hacen parte de un esfuerzo conjunto por institucionalizar estos análisis y realizarlos periódicamente. Como muestra de esto, se señala que simultáneamente se adelanta el estudio en Malasia y Colombia como países piloto de mediano desarrollo.

En los dos estudios encontrados aleatoriamente (como parte de la búsqueda de documentos empíricos que hayan servido para cuestionar el gasto del Estado y la provisión pública de servicios) resulta evidente la intencionalidad de demostrar la ineficiencia de la provisión pública de servicios y la aplicación simultánea de estos estudios en muchos países, sin mucha claridad sobre su financiación en el primer caso, que es evidente en el segundo: el Banco Mundial. ¿Fue casual que se promovieran este tipo de estudios en muchos países?

Como señala Cruz (2015), es necesario observar los límites de la investigación social y las estrategias para dar a conocer los resultados o hallazgos, en las cuales juega un papel fundamental una epistemología política, referida a dónde y para quién se produce el informe y con qué intencionalidades.

### **Teóricos a la medida de los nuevos intereses político-económicos [t3]**

En el año 1974 el Premio Nobel de Economía fue ganado por Friederich August von Hayek; en 1976, por Milton Friedman; y en 1979, por Theodore Shultz. Todas estas distinciones remiten a la influencia de la Chicago School of Economics, cuyos orígenes en los Estados Unidos pueden ser rastreados hasta la misma época en que nació la Freiburger Schule en Alemania, es decir, la década de los treinta. Según Castro-Gómez (2010), los vínculos entre la Freiburger Schule y la Chicago School son determinantes para el trabajo de Friederich August von Hayek, pensador que sirvió de bisagra entre ambas escuelas identificadas en un mismo objetivo: crear condiciones formales para la competencia entre empresas. Ambas escuelas propenden por un gobierno de lo social que replique la forma empresa en todos los ámbitos de la vida, pues, según su visión, solo de este modo “la responsabilidad y credibilidad moral que debe regir en el mundo de los negocios se extenderá hacia otros ámbitos, como la familia, la educación, la política, el trabajo, etc.” (Castro-Gómez, 2010, pp. 197-200). Así, como lo expresa Foucault (2007, pp. 190-191) “gente como Mises y von Hayek van a ser los intermediarios entre ese ordoliberalismo y el neoliberalismo norteamericano que desembocará en el anarcoliberalismo de la escuela de Chicago”.

A finales de la Segunda Guerra Mundial, Hayek descalificó al Estado de bienestar al denominarlo “camino de servidumbre”. Lo describió como un Estado opresivo e intervencionista que, necesariamente, se convertiría en un Estado totalitario (Hayek, 1976). Von Mises, por su parte, lo caracterizó como una legislación opresiva que invadía la esfera de la libertad individual e impedía que funcionara adecuadamente el mecanismo de la competencia, que, necesariamente, conduciría a una sociedad de libertad individual y bienestar para todos (Mises, 1996). Según Vergara,

[-] Mises y Hayek, los fundadores del pensamiento neoliberal, sin embargo, rechazaron la crítica al Estado liberal de ese período, cuestionaron la teoría económica keynesiana, y se opusieron a su transformación, que conduciría al Estado de bienestar. Reafirmaron, dogmáticamente, la tesis de la autorregulación del mercado; se opusieron a la regulación del mercado, estigmatizándola como “intervencionismo”, identificando la libertad individual con la libertad económica, y aseveraron que toda regulación del mercado era un atentado contra la libertad individual; afirmaron que las desigualdades económicas eran una consecuencia de la libertad económica, y que la apelación a la justicia social era inaceptable, pues esta era una tesis falsa y peligrosa; por ello, resistieron cualquier intervención del Estado destinada a disminuir la miseria y satisfacer las necesidades básicas de la población de los que denominaron “los perdedores del juego del mercado”. (2005, p. 4) [-]

Estas tesis, extremas en lo político, no tuvieron mucha aceptación durante las décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial (los “treinta gloriosos”, o la etapa del Estado de bienestar). Cabría suponer entonces que el Estado de bienestar, creado mediante la universalización de la seguridad social, constituyó la estrategia política fundamental para frenar el avance del comunismo después de la Segunda Guerra Mundial. Por tanto, había un interés político que determinaba que las tesis liberales de autorregulación del mercado no resultaran útiles al poder en esta época, como sí lo fueron posteriormente<sup>2</sup>.

Las tesis liberales resurgieron con gran fuerza con la crisis de la Unión Soviética y más aún con su caída y la declaración triunfal del capitalismo como vencedor. El efecto principal de la caída del muro de Berlín, como señala Hobsbawm, “es que, por ahora, el capitalismo y los ricos han dejado de tener miedo [...] de una alternativa que realmente existía y que realmente podía extenderse, sobre todo, bajo la forma del comunismo soviético [...]” (1993, p. 133).

---

<sup>2</sup> Este hecho de por sí explica que las teorías en boga o centrales del pensamiento dominante en cada época y lugar son siempre las que convienen al poder. Los filósofos y pensadores suelen ser de palacio y trabajar para el príncipe. Los sumos sacerdotes del reino siempre son útiles y necesarios para justificar el accionar del poder. El día que no resultan útiles, pasan al trastero de la historia.

[-] Una vez que los Estados y los poderes económicos no se sintieron más amenazados por el fantasma del comunismo, iniciaron un proceso de desmonte del estatuto del trabajador (y de los derechos sociales, en consecuencia), hecho que reafirma la tesis de que los Estados, y los poderes económicos tras ellos, nunca conceden a las clases subordinadas más de lo estrictamente necesario para mantener la legitimidad y la gobernabilidad, es decir, lo indispensable para conservar el poder. (Martínez, F., 2017, p 174) [-]

### **La competencia selecciona a los mejores. El burdo darwinismo social [t3]**

[-] El proceso de mercado corresponde, en realidad, completamente a la definición de juego que se encuentra en *The Oxford English Dictionary*: es “una contienda librada de acuerdo con reglas y decidida por una destreza superior, la fuerza o la buena fortuna”. [...] Es, en este aspecto, tanto un juego de habilidad como un juego de oportunidad. (Hayek, 1989, p. 185) [-]

Por supuesto, atribuir el éxito en la “contienda” del mercado a la habilidad, la destreza superior o la fuerza introduce un concepto de superioridad biológica que no es otra cosa que una deformación del conocimiento científico, una mirada ignorante de la biología y de la teoría de la evolución (resultado de pasar datos científicos aislados por el cristal del clasismo) denominada darwinismo social, que introduce en el campo social la tesis de la supervivencia del más fuerte (supuestamente como realidad natural), la cual tuvo como precursor a Spencer:

[-] [...] aquellos que permanecen para continuar la raza deben ser aquellos en los cuales el sentido de auto-preservación es más grande –deben ser los “selectos” de su generación [...]. [Por] la muerte de todos los hombres que fallan en resolver [los peligros] se asegura un progreso constante hacia un alto nivel de habilidad, inteligencia y auto control –una mejor coordinación de acción, una vida más completa. (Spencer, 2009, p. 500) [-]

Atribuir el éxito en la “contienda” social a la habilidad, la destreza superior, o la fuerza (como si la vida fuera una contienda deportiva) solo es posible desde la óptica y el tipo de razonamiento de la clase dominante. Pero esta “verdad” tiene una espantosa cualidad, la de ser fácilmente vendible al pueblo (justamente, alienado por el negocio del espectáculo deportivo), cualidad que permite construir sólidamente el poder simbólico necesario para justificar los privilegios de los poderosos y construir una definición del mundo social más conforme a sus intereses. Al mismo tiempo, resulta extraordinariamente útil para ocultar que, tanto en el “juego social” como en el “juego del mercado”, las cartas están previamente marcadas para los distintos grupos sociales (Martínez, 2017).

Hoy nos resulta incomprensible (al menos a los legos en economía) que este discurso (que atribuye las desigualdades, o bien a la “destreza superior”, la “fuerza” o la “habilidad”, o bien a “contrariedades inmerecidas o golpes de la desgracia”) se haya considerado como ciencia económica. Al presentar la desigualdad como un hecho fortuito y “natural”, Hayek pretende, intencionalmente, ocultar el peso de las relaciones de poder en la construcción social de la riqueza y la pobreza, es decir, toma partido por negar la historia de los individuos en una sociedad y la dimensión política de la desigualdad. Ninguna teoría podría encajar mejor en los señalados propósitos del Pentágono.

Detrás de esta aceptación de las desigualdades como hechos naturales, por supuesto se encuentra también la influencia de la religión protestante, particularmente de las doctrinas de Calvino y Lutero “que constituyen las raíces del aspecto negativo de la libertad; su exaltación de la impotencia y maldad fundamentales del hombre” (Fromm, 1941, p. 103). Calvino formula una nueva versión de la doctrina de la predestinación “al suponer que Dios no solamente predestina a algunos hombres como objetos de la gracia, sino que también decide la condenación eterna de otros” (Fromm, 1941, p. 112). Agrega Fromm que la doctrina calvinista tuvo un importante resurgimiento en la ideología nazi con el principio de la desigualdad básica de los hombres. Según Calvino, la predestinación, que divide a las personas entre las que serán salvadas y las que recibirán condenación eterna, sucede de manera independiente de lo que hagan las personas. De esta manera, el padre de la reforma protestante niega el principio de la igualdad del género humano desde su “creación”. La

creencia religiosa resultante inhibe la solidaridad, pues niega su base: la igualdad del destino humano.

### **Teorías pseudobiológicas y moralistas que en conjunto pretenden ocultar la determinación social [t3]**

El problema de las tesis que sustentan la superioridad de unos individuos y la inferioridad de otros (por su condición genética, su pertenencia a una sociedad más civilizada, o la decisión de un Dios arbitrario) es que no permiten culpabilizar a los individuos de su propio fracaso, y la culpa es la herramienta esencial para su manipulación. Para poder comprender el desarrollo completo del neoliberalismo, como técnica de gubernamentalidad (Foucault 2007), no son suficientes los próceres austríacos: resulta indispensable incorporar la teoría del “capital humano” de Theodore Schultz (1961) en la escuela de Chicago (Martínez, F., 2017).

Como lo explica López-Ruiz (2011), la teoría del capital humano transforma el consumo en una inversión y al consumidor, en un inversor, un empresario que persigue las mejores inversiones para su capital humano. Este cambio en la concepción del trabajador abandona el estilo de vida de sobria existencia metódica que afirmaba los valores del trabajo y el ahorro, tan caro al surgimiento del capitalismo, por un estilo de vida con valores orientados a que los individuos se piensen a sí mismos como emprendimientos, es decir, que conciban su actividad, su trabajo, su carrera y su propia vida en los términos de una empresa. Este tipo de pensamiento convierte a los individuos en “los únicos responsables de todo lo que les sucede: únicos responsables de su ‘capital’, de su manutención y aumento, y únicos responsables, también, de sus fracasos –aunque, esto último, las retóricas de la administración eviten decirlo” (López-Ruiz, 2011, p. 81).

Para López-Ruiz (2011), la teoría del capital humano aborda el funcionamiento del sistema económico con la pretensión de dar cuenta del funcionamiento del sistema social. Tal como lo señala Foucault (1979), al procurar que el objeto la economía cubra no solo los procesos de producción, intercambio y consumo, sino también la actividad humana en general, se

convierte nada menos que en una ciencia del comportamiento humano, es decir, se “trata de hacer una re-descripción de lo social en términos económicos, a través de una aplicación generalizada del ‘abordaje económico’ al comportamiento humano” (López-Ruiz, 2011, p. 82).

Lo curioso de las tesis revisadas de Hayek y Schultz es que se utilizan en conjunto, indistintamente y a conveniencia, aunque sean totalmente incompatibles, pues resulta evidente que el individuo inferior, aquel que no cuenta con la “destreza superior”, la “fuerza” o la “habilidad”, no puede ser responsable de su propio fracaso y, menos aún, ser culpable de no haber sabido ser “empresario de sí mismo”. Para legitimar estas tesis, de innegable connotación política (clasista, conservadora o de derecha), se requiere, finalmente, que sean apoyadas o validadas como teorías científicas por los centros de pensamiento económico, por los “sacerdotes del reino”. Allí, la política del poder se convierte en una “política económica” que permite al Estado aplicar el “velo de ignorancia” sobre la realidad social: es decir, ocultar la determinación social (incluso, negar al individuo mismo como ser social) y convertir a los individuos en los únicos responsables de su propio fracaso (Martínez, 2017).

En síntesis, el éxito del Estado (apoyado en la sabiduría de los “sacerdotes del reino”) en vender una visión de la realidad social capaz de justificar el poder de las minorías (Hayek) y, al mismo tiempo, responsabilizar individualmente a la mayoría de los ciudadanos de su propio fracaso (Schultz), permite colocar bajo el velo de ignorancia la realidad de la determinación social y, de esa forma, “crear y mantener unos estados de inequidad que son tenidos como racionales (y, por lo tanto, aceptables) tanto por gobernantes como por gobernados” (Castro-Gómez, 2010, p. 40).

Dicha producción simbólica, profundamente arraigada en conceptos clasistas (incluso racistas) propios de siglos pasados, y que evidencia una clara posición política conservadora o de derecha (por el esfuerzo en negar, precisamente, la dimensión política de la desigualdad), es vendida públicamente, con éxito, como “teoría económica” y como “conocimiento científico”.

Pero es preciso aclarar aquí que las tesis clasistas y racistas habían devenido mucho antes “científicas” en Colombia. Abel Martínez señala cómo, para Miguel Jiménez López, médico, profesor de psiquiatría, senador y líder conservador, el progreso no había llegado al país porque el 97% de los colombianos, el pueblo, era inferior biológicamente y a causa de su degeneración “no puede seguir este movimiento progresivo, y no solo no puede seguir el acelerado ritmo del progreso, sino que el pueblo degenerado, lo impide y entorpece por inferioridad orgánica y por inferioridad mental” (Martínez, A., 2016, p. 361).

Según Abel Martínez, no solo Miguel Jiménez López, sino todos los participantes en el debate de 1920 sobre la degeneración de la raza, ampliamente divulgado por la prensa (la mayor controversia científica de la intelectualidad colombiana)

[...] son representantes de una élite criolla, católica, de hacendados premodernos, que domina el territorio desde tiempos coloniales y lo quieren seguir dominando; una élite que se percibe así misma como blanca y como culta; una élite que fija sus ojos en Europa y, recientemente, en los Estados Unidos; que manifiesta un desprecio absoluto por el país de las “tierras bajas”, por el país de la “tierra caliente”, el país de los indios, de los negros, de las selvas y los mosquitos. (Martínez A., 2017, p. 361) [-]

Ocho años más tarde, Laureano Gómez (presidente de Colombia entre 1950 y 1953) pronunció discursos del mismo tenor racista y elitista, con el mismo determinismo geográfico y el mismo sentir pesimista sobre el progreso colombiano. Para este político,

[-] Nuestra raza proviene de la mezcla de español, de indios y de negros. Los dos últimos caudales de herencia son estigmas de completa inferioridad. Es en lo que hayamos podido heredar del espíritu español donde debemos buscar las líneas directrices del carácter colombiano contemporáneo. (Gómez, 1928, p. 47, citado por Martínez A., 2017, p. 381) [-]

Es fácil explicar por qué unas tesis económicas basadas en concepciones políticas sobre la superioridad de unos y la inferioridad de otros, que replican las más importantes universidades norteamericanas, fueran tan bien aceptadas por parte de los estudiantes procedentes de la élite colombiana, primero, y después por toda la clase dirigente. En el fondo, constituyen el mismo pensamiento premoderno de la élite nacional. Todavía en el 2015, una senadora del Centro Democrático (partido de la derecha que ganó las elecciones del 2018) solicitó públicamente dividir el departamento del Cauca en dos partes, una para la gente “mestiza” y otra para los indígenas (*El Tiempo*, marzo 16 del 2015).

Una vez más, las tesis de los teóricos de la economía que hacen parte del “repertorio científico” de la “economía de mercado” reposan en conceptos puramente clasistas. Para comprender mejor esta forma de pensar “natural” en los siglos XVIII o XIX, podríamos señalar, por ejemplo, que los próceres que firmaron la Carta de Derechos de Estados Unidos de 1791 tampoco entendían que los “ciudadanos” (los “hombres libres”) fueran todo el pueblo, sino tan solo los propietarios de la tierra, los comerciantes ricos y algunas otras personas prestantes. Este “estatus” no incluía a las mujeres ni a quienes desempeñaban oficios serviles, ni mucho menos a los nativos o los negros; tampoco la democracia significaba entonces que todo el pueblo tuviera derecho al voto. Señalaba bien claro el Acta de Constitución de los Estados Unidos:

[...] Las personas obligadas a servir o laborar en un Estado, con arreglo a las leyes de este, que escapen a otros, no quedarán liberadas de dichos servicios o trabajo a consecuencia de cualesquiera leyes o reglamentos del segundo, sino que serán entregadas al reclamarlo la parte interesada a quien se deba tal servicio o trabajo. [...]

Una muestra adicional la proveen Max-Neff y Smith, para quienes Adam Smith, el autor de *La riqueza de las naciones*, si bien criticó el trato cruel e injusto que recibía la clase trabajadora, “en su visión del mundo siempre dio por sentada la existencia de una dicotomía de clase como un fenómeno natural” (Max-Neff y Smith, 2011, pp. 31-32). La siguiente cita es reveladora:

[-] Un hombre debe de vivir de su trabajo, y su salario debe ser al menos suficiente para mantenerlo. En la mayoría de los casos, dicho salario debería ser incluso algo mayor, de otro modo le resultaría imposible formar una familia y la raza de tales trabajadores no pasaría de su primera generación. En otras palabras, por más que Smith sintiera simpatías por los trabajadores maltratados, nunca llegó a plantearse que pudieran ser sus iguales como seres humanos. Su uso del término *raza* podría en parte ser metafórico, pero nos parece claro que veía a los trabajadores como una categoría de seres con una función específica en el patrón de las cosas, al igual que los animales de granja. (Smith, 2011) [-]

### **La economía neoclásica limita intencionalmente su objeto de estudio**

La economía estándar se niega a ver o a considerar siquiera elementos centrales de la realidad social y del comportamiento humano. Como señala el reciente premio Nobel de Economía, Richard Thaler, la economía neoclásica tiene que darse cuenta de que sus estudios se centran en una criatura mitológica llamada *Homo economicus*, pero el mundo real lo habitan personas que no siempre toman las mejores decisiones porque son simplemente humanos (Gimeno, 2017).

Si bien la ortodoxia económica podría considerar que con el progreso de la razón finalmente se lograría la concreción del *Homo economicus* en la vida de las sociedades, como lo sostiene Tarde, no hay ninguna evidencia que permita suponer que tal logro se realice, pues “[en] el mundo económico, y en ninguna parte, ni incluso aquí, yo no percibo ningún rastro de una transformación refrescante del hombre en un sentido cada vez menos pasional y cada vez más racional [...]” (Tarde, G., citado por Latour y Lépinay, 2009, p. 40).

Como lo sostiene Gabriel Tarde, quienes formularon el *Homo economicus* concibieron un hombre sin nada de humano en el corazón y despegado de todo grupo, corporación, secta, partido, asociación cualquiera, a pesar de que

[-] [...] en ningún momento de la historia, un productor y un consumidor, un vendedor y un comprador, han estado en presencia uno del otro, en primer lugar sin haber estado unidos uno al otro por alguna relación sentimental, vecindad, co-ciudadanía, comunión religiosa, comunidad de civilización, y, en segundo lugar, sin haberse escoltado cada uno de ellos de una comitiva invisible de asociados, amigos, colegas, cuyo pensamiento pesó sobre ellos en la discusión del precio o del salario y finalmente lo ha impuesto, en detrimento la mayoría de las veces de su interés estrictamente individual. (Tarde, G., citado por Latour y Lépinay, 2009, p. 42) [-]

Esta referencia a los precios resulta interesante para observar la manera en que Tarde controvierde con la idea de que los precios son fijados por el libre juego de las fuerzas del mercado. En opinión de este autor, cuando los economistas equipararon el precio natural con el precio fijado por la más desenfrenada competencia creyeron eliminar la idea del justo precio, pero lo que realmente hicieron fue alinearlos a los precios más abusivos formados, frecuentemente, por la ley del más fuerte. El efecto nocivo de esa transformación es que cuando las personas creen que el precio determinado por el libre juego de oferta y demanda es igual a justicia se establecen “sin protesta, incluso con la aprobación general, los precios exorbitantes o los precios insignificantes que la conciencia pública había rechazado en otro momento” (Latour y Lépinay, 2009, pp. 38-39).

Según Latour y Lépinay, en el texto de Tarde no hay ninguna connivencia con los fantasmas de una biologización de la lucha por la vida, como los que sustentan la idea del *Homo economicus*. Polanyi, por su parte, muestra el mismo nivel de indignación en contra de una falsa economía justificada por una visión también falsa de la biología, pero “Tarde va mucho más allá que Polanyi, ya que quiere remediar también los errores de la biología, y purgar la propia naturaleza, y no solamente la economía, de todo providencialismo” (Latour y Lépinay 2009, p. 74). En su crítica a esa raíz biológica de la economía, Tarde sostiene que “para desencadenar las codicias salvajes y cometer los atentados contra lo débil o el vencido, es necesario una doctrina y en consecuencia a los investigadores, a los pensadores, a los medios de comunicación, a las cadenas metrológicas” (Latour y Lépinay, 2009, p. 77). En la doctrina neoclásica, según Tarde, no solo se rebaja al hombre al rango de animal, sino también al

animal y a lo viviente al rango de lo que el economicismo quiso hacer de los humanos. Gabriel Tarde no justifica la guerra y la supervivencia de los más aptos, aunque tampoco “recurre a las delicias de una ecología armoniosa, para terminar con la bajeza humana, en la gran paz de la naturaleza” (Latour y Lépinay, 2009, p. 77). Para Tarde, naturalizar no quiere decir rebajar, sino “elevar la actividad económica hasta el grado de proliferación, de multiplicación, de invención que permite explicar el contenido de los bienes y no simplemente la forma del intercambio (Latour y Lépinay, 2009, p. 77).

La ideología agenciada por la economía neoclásica conduce a un reduccionismo y un fundamentalismo sectarios, porque, como lo señalan Max-Neff y Smith (2011), es una ideología que solo ve de un ojo, y de un ojo que ve mal, razón por la que no puede medir las cosas con proporción. Con ese ojo, todas las percepciones, motivaciones y comportamientos que no estén subordinadas y legitimadas por la competitividad carecen de valor y así “la competitividad reduce todo el proceso de la condición humana a las percepciones, las motivaciones y el comportamiento del *Homo economicus* como *Homo competitor*” (Max-Neff y Smith, 2011, pp. 53-54).

Debe señalarse en este punto que, para mantener el dogma, es preciso, adicionalmente, ocultar el otro lado de la situación, el otro lado de las ganancias y del crecimiento, a saber, los impactos negativos de las actividades económicas (las externalidades, como se simplifica en ocasiones); negarse a cuantificar y conocer en profundidad los efectos del crecimiento sobre la población (o sobre el medio en el que esta vive) implica una poderosa intencionalidad.

Tradicionalmente, los impactos negativos no se estudian o se estudian superficialmente. Por una parte, no se los relaciona con sus determinantes y, por otra, se oculta el impacto diferencial en los grupos de diferente posición social, por lo que se acaban considerando como propios del azar, simplemente causados por agentes del “medioambiente” o, en síntesis, “naturales”. Ni siquiera las teorías acerca de la “naturalidad” de la desigualdad impiden la medición, pues, como señalara Hayek “mientras haya un resto de mercado libre, cada cambio individual será en detrimento de algunos, aun cuando el resultado del progreso beneficie a

todos al final” (1976, p, 682.). Supongamos, por un minuto, que Hayek tuviera razón. Aun así, el reconocimiento del beneficio general del desarrollo, o el de una actividad económica particular, no impide a las ciencias sociales medir (y, por lo tanto, conocer) la dimensión de dicho detrimento, la otra cara de la moneda del “progreso”. El hecho de no medir el detrimento de unos (correlacionado con el beneficio de otros) demuestra siempre una intencionalidad de ocultamiento. También, de seguro, evidencia un franco servilismo de los estudiosos hacia quienes resultan beneficiados y un franco desprecio por quienes resultan afectados (Martínez, 2017).

### **La razón teleológica en el trasfondo [t3]**

Pero hay algo más en relación con los orígenes del dogma. Tarde demuestra claramente la razón teleológica detrás del pensamiento de Adam Smith, en especial por la conocida pregunta: ¿cómo explicar que el autor de *La riqueza de las naciones* sea también el de la *Teoría de los sentimientos morales* sin que él haga, sin embargo, ninguna conexión entre las dos obras? Para Tarde, cuando Smith funda toda la economía política sobre el principio del egoísmo y reduce al *Homo economicus* al interés, prescindiendo de todo afecto y abnegación, está bajo la influencia de su piedad y su fe en Dios, pues confía en que detrás del

[...] hombre egoísta estaba el Dios bienhechor, y la apología del egoísmo del primero no era, para ser sinceros, más que un himno en prosa a la bondad infinita del segundo. [...] El egoísmo se consagra, se sacraliza. Quite a Dios, todo se desmorona [...] ¡La piedra angular, del sistema económico, es Dios! [...]. (Latour y Lépinay, 2009, pp. 104-107)

Así, se podría decir que, para estos autores, *¡la mano se volvió invisible, pero es siempre la mano del Todopoderoso!*

[...] Lo que Tarde exige de los economistas, es un poco de franqueza: ¡si quieren realmente que su *optimum*, que sus armonías, que sus leyes naturales, que sus

inflexibles leyes de bronce, sean religiosas y providenciales, entonces, por el amor de Dios, díganlo! Pero no hagan como si, detrás de esta “religión secular” (para tomar la expresión de Polany), han realmente laicizado la economía. Es decir, la economía está aún en la búsqueda de un pensador capaz de volverla finalmente materialista y atea. Todo en la economía moderna está marcada con el sello de la trascendencia y de lo sagrado. Como se preguntaba Nietzsche a propósito de la ciencia: “¿Por qué, nosotros también, somos aún piadosos?” (Latour y Lépinay, 2009, pp.108) [-]

### **El fundamentalismo político y sus resultados**

El burdo discurso acerca de la *naturalidad* y la *conveniencia* de la riqueza de algunos constituye, claramente, una agenda política, más que una agenda económica: “Las altas ganancias reales de los exitosos –sea este éxito merecido o accidental– son un elemento esencial para orientar los recursos hacia donde puedan realizar una mayor contribución al pozo del cual todos extraen su parte” (Hayek, 1989, p. 190). En síntesis, tenemos un discurso justificatorio (que bien se podría llamar “el elogio de la desigualdad”). Además, es preciso aclarar que Hayek no defendía, en sus textos, la desigualdad que conocemos actualmente en el mundo occidental, sino algo mucho peor, la oprobiosa desigualdad, injusticia y miseria de finales del siglo XIX y principios del siglo XX en Europa, momento histórico en que, según Polanyi (1944), explotó el desastre social y político originado por las tesis liberales del mercado autorregulado, que determinó el surgimiento del comunismo y del fascismo (Martínez, 2017).

Para introducir y consolidar las reformas de finales de siglo, el fuerte accionar político en favor del “mercado” se desarrolló mediante la propaganda, para lo cual la estrategia fundamental fue y sigue siendo el control de los medios de comunicación por parte de los poderes económicos. Se vendió a los cuatro vientos la corrupción y la ineficiencia de las entidades públicas, hasta convertir lo público en el “Leviatán”. Como se señaló, este accionar político incluyó igualmente la crítica radical al Estado de bienestar, afirmando que era el responsable del incremento del déficit fiscal, de los grandes desequilibrios

macroeconómicos, del rápido aumento de la deuda externa y de un crecimiento incontrolable de la estructura del Estado.

Para Alonso y Fernández (2018 p. 141), este neoconservadurismo hizo gran hincapié en la libertad como eje de su discurso, enfrentándola a una burocracia asociada al exceso de reglamentación económica y laboral, y que supone un importante freno a la actividad empresarial y la competitividad de la economía. La imagen que la derecha constituirá será la de un estereotipo que identificaba la burocracia con rutinas, esperas, colas, ineficacia, ineficiencia, costes, mala atención al público, papeleo, conformismo e inmovilismo [...], convirtiéndose en un cáncer que debe ser extirpado del tejido organizacional y social. El proyecto de eliminar la burocracia de todas las esferas de la existencia se convertirá, de hecho, en un gran pilar central del nuevo espíritu del capitalismo (Boltanski y Chapello, 2002).

El resultado del fundamentalismo político, que se instrumenta con el modelo económico, acabó siendo, por supuesto, una enorme concentración de la riqueza, del ingreso, de la propiedad de la tierra, de los medios de comunicación y de las instituciones, concentración que confirma que unos pocos están sometiendo a muchos, pero que al mismo tiempo denuncia la ausencia de una democracia real, que no se legitima solo por los mecanismos electorales formales. Después de treinta años de aplicación de estas políticas económicas, Colombia ostenta uno de los índices de Gini más altos del mundo. Según Indexmundi (con cifras del Banco Mundial) nuestro país ocupa el puesto 11 en desigualdad de ingreso en el mundo y el tercer lugar en América, después de Haití y Honduras. Sin embargo, es el primero entre los países de mediano desarrollo.

Por otra parte, el índice de Gini de propiedad de la tierra alcanza 0,89. Según Naciones Unidas (2018), el 82% de la tierra productiva de Colombia está en manos del 10% de los propietarios, mientras que los campesinos solo acceden al 4,8% de la tierra. Estas cifras convierten a Colombia en uno de los países más inequitativos en la distribución de la tierra en América Latina, la región más desigual del mundo en este ámbito.

Las diferencias salariales también se incrementaron sensiblemente a partir de 1987. En Colombia, en 1959 un magistrado ganaba 50 salarios mínimos; en 1988, 10,8 salarios mínimos; y en el 2000, 49 salarios mínimos (Martínez, M. I., 2017, p. 227). En el 2010 un magistrado en Francia recibía una remuneración equivalente a 2,25 salarios mínimos. “Desde luego, no se trata de que en Francia no valoren el trabajo de un magistrado. Más bien se trata de que la sociedad francesa no tolera grandes desigualdades en los salarios de su sector público” (Martínez, M. I., 2017, p. 121).

Como lo señala María Isabel Martínez (2017), a partir de los años ochenta las políticas neoliberales y de flexibilización de los salarios han generado un descenso del nivel de los salarios y un aumento de su desigualdad. Aunque este fenómeno también se observa en los países desarrollados, en “Colombia, donde los salarios eran mucho más bajos al iniciarse las reformas, las desigualdades mucho mayores y la mayoría de los trabajadores se encuentran desprotegidos, las consecuencias de este proceso son, por tanto, mucho más graves” (Martínez M., 2017, p. 228).

Según el informe final de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública al Gobierno, de diciembre del 2017, “La política fiscal en Colombia, tanto por el lado de los ingresos como del gasto no contribuye lo suficiente a reducir la pobreza y a mejorar la distribución del ingreso”. El mismo documento resalta la casi nula contribución que la política fiscal tiene sobre la distribución del ingreso en Colombia. Ello contrasta con lo que sucede en países de la OECD en donde el coeficiente Gini se reduce significativamente por cuenta de la política fiscal. En general, en América Latina el efecto progresivo de la política fiscal es menor, pero en algunos países como Brasil y Chile se observa un mayor impacto, mientras que en Colombia el efecto es prácticamente nulo.

Como puede verse, la aplicación de las tesis económicas neoliberales ha sido más exitosa en Colombia que en el resto de los países de América Latina. En dicho éxito y sus consecuencias en la inequidad social tiene mérito indiscutible la tecnocracia económica, aunque también los poderes económicos y políticos. Se podrá decir que la situación previa a las reformas era

igualmente lamentable, pero resulta también una pésima evaluación señalar que, en treinta años, la vergonzosa inequidad social se mantuvo sin cambios significativos.

Se introduce el término *democracia de mercado*, por cuanto en las sociedades organizadas prioritariamente para servir los intereses del “mercado”, sus instituciones también funcionan bajo las mismas reglas. Los gobernantes son vendidos en los procesos electorales como jabón, con brillantes estrategias publicitarias, financiadas gracias a los grupos de poder económico, para cuyos intereses deben gobernar en adelante (o cogobernar formando Gobiernos corporativos). De ello dependerá el ser aceptados o rechazados por “los mercados”, que, por supuesto, siempre señalan los intereses del capital. El problema, en términos de Polanyi (2003, p. 98), no es el mercado, pues el mercado es una función esencial de la sociedad. El problema nace cuando se subordina la substancia de la sociedad misma a las leyes del mercado: “En lugar de que la economía se incorpore a las relaciones sociales, estas se incorporan al sistema económico (Polanyi, 2003, p. 110); “Una economía de mercado sólo puede existir en una sociedad de mercado” (Polanyi, 2003, p. 123.)

El fundamentalismo político que acompaña las tesis económicas se manifiesta igualmente con la descalificación y el insulto presto a todo pensamiento, persona o institución que no concuerde con su visión totalizante. A quienes defiendan las bondades de lo público (cualquiera que ella sea) se les tilda de socialistas trasnochados o dinosaurios, que se quedaron en algún lugar perdido de la historia, la que por supuesto llegó a su fin con “el reino del mercado”.

Fukuyama (1992), cuando (coincidentalmente) trabajaba para la Rand Corporation y el Departamento de Estado de los EE. UU., anunció el fin de la historia y aseguró que el mundo estará dividido entre una parte poshistórica y una parte todavía aferrada a la historia. En el mundo poshistórico (profetizó), el eje principal de interacción entre los Estados será económico.

[...] El fin de la historia será un tiempo muy triste. La lucha por el reconocimiento, la voluntad de arriesgar la vida de uno por un fin puramente abstracto, la lucha

ideológica mundial que pone de manifiesto bravura, coraje, imaginación e idealismo serán reemplazados por cálculos económicos, la eterna solución de problemas técnicos, las preocupaciones acerca del medio ambiente y la satisfacción de demandas refinadas de los consumidores. En el período post-histórico no habrá arte ni filosofía, simplemente la perpetua vigilancia del museo de la historia humana. (Fukuyama, 1992, p. 276) [-]

¿Qué más fundamentalista, qué más político que afirmar que la situación de un momento histórico, conveniente a un gran poder mundial, es inmodificable? ¡Paren la historia, que este Imperio sí se queda! ... aunque todos los demás hayan caído.

### **La aplicación de las tesis económicas y el fundamentalismo político en salud [t3]**

De acuerdo con Álvaro Gallardo (2004), los economistas esperan justificar sus teorías a través de la contrastación de modelos empíricos, en los que, sin embargo, no toman en consideración las implicaciones que su rigurosa adherencia tendría sobre la teoría económica y su desarrollo. La situación puede conducir a situaciones en las que cuando los resultados empíricos contradicen los postulados teóricos se ofrezcan explicaciones teóricas o extrateóricas, de modo que la teoría se vuelve inmune a los resultados de las pruebas empíricas. De ahí que “los problemas de contrastación nos conducen a la incertidumbre epistémica. No se puede saber cuál de las hipótesis está equivocada, ni qué modelo es pertinente para una determinada situación.” (Gallardo, 2004, pp. 25-26)

Una comprobación de las distancias entre la teoría y su contrastación empírica está en el gasto en salud, como se deriva del estudio de Restrepo y Rojas (2016). Según estos autores, la evidencia empírica sugiere que el libre mercado no ofrece los mejores resultados en términos de eficiencia y bienestar, de acuerdo con cifras de la OMS del 2015. En el caso del sistema de salud estadounidense, en 2014 el gasto en salud llegó al 17,1% del PIB, dentro del cual el gasto privado participaba con el 56,2%; sin embargo, esto no refleja mejores indicadores en comparación con otros países, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer (79

años) o la mortalidad infantil (7 por cada 1000 nacidos). En los países europeos se aprecia un menor gasto en salud (Francia: 11,6%; Suiza: 11,4%; Alemania: 11,2%; Bélgica: 10,9% y España: 9,2%), la participación del gasto público bordea el 80% del total y se obtienen mejores indicadores de salud: una esperanza de vida de 82 años y una tasa de mortalidad infantil de 4,1.

Aun contra toda la evidencia empírica, en 1987 el Banco Mundial publicó el documento titulado *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*, en el que traza las líneas programáticas en el sistema de salud. La propuesta es que en la medida en que los servicios médicos beneficien más a los individuos que a la sociedad en su conjunto, las personas deberán pagar el costo de las atenciones; es decir, la población con capacidad de pago debe pagar los precios reales de la atención (sin subsidios), mientras que la población pobre, que requiere sobre todo medidas de prevención (tales como vacunas, tratamiento de infecciones, educación en buenos hábitos de salud e intervención en sus condiciones de vida), podrá beneficiarse del financiamiento público. Así, “Los ahorros estatales en atención de enfermos, y los aumentos de recaudos por los cobros a los particulares con capacidad de pago, se dirigirán a las políticas de prevención manejadas por el Estado central” (Restrepo, 2017, p. 207). Basado en ese mismo argumento, señala:

[...] En adelante, todas las reformas a los sistemas de salud se justificarán a nombre de los pobres: el desmonte de los sistemas públicos, la privatización de los costos de la atención en salud, la creación de un gran mercado para aseguradores privados, los límites a la libertad de los hospitales y médicos en cuanto a los procedimientos, la descentralización del financiamiento y de la prestación a cargo de actores estatales nacionales y locales, los cuales habrán de direccionar los recursos hacia el sector privado.

El Banco Mundial justifica todas las recomendaciones con el fin de aumentar los recursos del Estado en salud y disminuir ciertos gastos recurrentes y mayoritarios. En la medida en que la atención, medicamentos y tratamientos, benefician a los individuos, más que a la sociedad en su conjunto, las personas

tratadas deberán pagar dichos costos a precios cada vez menos subsidiados. En cambio, *los pobres requieren prioritariamente políticas de prevención tales como vacunas, tratamiento de infecciones, educación en buenos hábitos de salud e intervención en sus condiciones de vida*, todas las cuales disminuyan los riesgos de enfermar. Los ahorros estatales en atención de enfermos, y los aumentos de recaudos por los cobros a los particulares con capacidad de pago, se dirigirán a las políticas de prevención manejadas por el Estado central. (Restrepo 2017, p. 207, el subrayado es mío) [-]

La implementación del modelo privatizador en Colombia comenzó realmente con la Constitución de 1991. Desde un principio era claro que tanto el Gobierno del presidente Gaviria como los tecnócratas del sector económico que tenían a cargo el proceso de reforma, concretado posteriormente en la Ley 100 de 1993, buscaban privatizar todas las instituciones de salud y seguridad social. Intentaron incluso vender todos los hospitales públicos del país, pero no se consiguieron compradores. Todo este avance se logró con una estrategia muy poco democrática, descrita en forma brillante (aunque para defenderla) por González y Mogollón en un artículo publicado en 2002 por la *Gaceta Sanitaria*.

[-] Finalmente, a fin de guiar el contenido de la reforma, los grupos de cambio en ambos países (Colombia y México) optaron por mantener un control selectivo sobre la participación de grupos sociales y del gobierno interesados en la misma. Por ejemplo, buscaron sistemáticamente operadores políticos clave en los diferentes ámbitos políticos por donde iba pasando la reforma, a fin de promover su aprobación. Para ello, procuraron simplificar su argumentación y ofrecer la información y análisis necesarios a fin de que el cabildeo político tuviera éxito. Pero, simultáneamente, recurrieron al uso de propuestas y argumentaciones de alto contenido técnico, particularmente económico, como una forma de limitar la participación –si no de forma, de facto– en las discusiones sobre la reforma con aquellos grupos que podrían oponer resistencia al cambio. Siguiendo esta última lógica, ambos equipos de cambio procuraron llevar a cabo la redacción de la regulación de las leyes aprobadas en los

respectivos Congresos, lejos del escrutinio público y de otras facciones dentro del Estado. (González y Mogollón, 2002, p. 40) [-]

La propuesta del Gobierno al Congreso presentada por el ministro de Salud, de acuerdo con la propuesta de Banco Mundial, diferenciaba el seguro de los que tienen capacidad de pago o aportan del seguro de los que no tienen capacidad de pago; además, propone un plan parecido al del seguro social para los primeros, pero manejado por aseguradoras privadas, y un programa subsidiado de atención primaria para los pobres a través de empresas comunitarias. En esta propuesta está presente el mismo clasismo y racismo de las tesis políticas expuestas previamente, pero justificadas ahora por los economistas del Banco Mundial y por la tecnocracia económica formada en las escuelas norteamericanas, de la cual hacía parte el ministro.

Sin embargo, la introducción de las tesis encontró resistencia en el Congreso de la República, pues en alguna forma el pensamiento fundamentalista (ampliamente expuesto) todavía no era dominante y la seguridad social acababa de ser definida en la Constitución de 1991 como un derecho irrenunciable que se garantizaría a todos los habitantes. Si bien la nueva Constitución abrió las puertas al sector privado en todos los servicios públicos, incluso en la seguridad social, de conformidad con la *revolución intelectual y política del liberalismo*, lo hizo a cambio de garantizar derechos a los ciudadanos, exigibles incluso por la vía legal, con un novedoso procedimiento expedito (tutela). Tal fue el acuerdo social que regiría el país en adelante.

En su artículo 48 la Constitución de 1991 reza: “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”, y agrega: “La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”, al tiempo que dejó claramente establecido que este era 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”. Igualmente, estableció (artículo 49) que la atención de la salud y el saneamiento

ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

De tal modo que, si bien la reforma constitucional abrió la puerta al sector privado en la seguridad social y la salud, dejó al sector privado sujeto a la dirección del Estado:

[...] 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. (Constitución Política de Colombia, art. 49) [...]

En consecuencia, las pretensiones de un mercado de la salud con total autonomía de las entidades privadas al estilo norteamericano o incluso el chileno habían quedado vedadas. Pero, también, un nivel ético permeó a los constitucionalistas de 1991, que concibieron este nuevo acuerdo social no como otra ley o norma más, sino como el trazado de un norte hacía el cual debería dirigirse la nación, es decir, un marco de carácter normativo que debería ser llevado a la realidad mediante desarrollos legales ulteriores. Algo así como lo formulado en diciembre de 1948 por la Asamblea General de Naciones Unidas, cuando adoptó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, reiterando que

[...] [...] los pueblos han reafirmado su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad. Han reafirmado su fe de construir un mundo que garantice a toda persona sus derechos, por haber sido liberadas del *temor y la miseria*. (DUDH, 1948) [...]

Este camino de igualdad de derechos (especialmente derechos sociales), sentado *en piedra* en la Constitución de 1991, se constituyó en el límite más importante a las tesis económicas basadas en concepciones políticas y religiosas sobre la superioridad de unos y la inferioridad de otros (las cuales replicaron los tecnócratas llegados de las más importantes universidades norteamericanas) y a las concepciones clasistas y racistas premodernas propias de la élite colombiana. En síntesis, el trazado de este norte implicaba superar (así fuera en algún tiempo) el pasado de injusticia y desigualdad. Como diría Sen:

[...] Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente “legales”, “proto-legales” o “legales-ideales”. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, éste es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos. (2004, p. 5) [...]

No cabe duda de que, cuando se trata de fijar un derrotero al futuro, las mismas clases dirigentes que han sostenido la desigualdad son capaces de mostrarse partidarias de un país con más justicia social y menos desigualdades, al menos en los derechos fundamentales. Es decir, se muestran más dispuestas a formular iguales derechos e incluso a una mejor distribución o redistribución del ingreso y de los medios productivos. Con ello se obtiene la ventaja de calmar su conciencia y presumir de progresistas al mismo tiempo que siguen protegiendo a corto plazo la situación de poder. Deberían realizarse más ejercicios de futuro para que se cumpla el principio de la “justicia como imparcialidad” de Rawls (1971) en la construcción de los acuerdos sociales; incluso no será necesario garantizar un *velo de ignorancia* que impida los participantes del acuerdo observar y tener todos los conocimientos particulares, relacionados con su propia identidad y con la sociedad a la cual pertenecen. Esta *posición original* nunca existirá, pero es suficiente que los poderes constituidos sepan que las decisiones que se tomen en favor de la mayoría desaventajada no los afectarán a corto plazo en sus intereses, para que se tornen magnánimos.

Desde este punto de vista, la Constitución de 1991 no se explica tan solo por el hecho de formular un nuevo acuerdo entre intereses económicos (privatización de servicios) e intereses

sociales (asegurar derechos fundamentales de todos los ciudadanos); es necesario, además, tener en cuenta que en dicha formulación está siempre implícito el factor tiempo, es decir, el concepto de los “derechos progresivos”, que permite diferir el cumplimiento de lo acordado por un largo tiempo<sup>3</sup>. Debería entenderse entonces el gran acuerdo social como “tomemos los negocios hoy y garanticemos derechos a futuro”, comprensión que permitirá enmarcar un sinnúmero de explicaciones relacionadas con el comportamiento del sistema de seguridad social tras la privatización.

---

<sup>3</sup> La formulación del derecho parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan solo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo (derechos progresivos), pues no se reconocen (o se niega implícitamente) que las desigualdades entre ciudadanos o entre grupos son consecuencia de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social. Se dibujan las desigualdades e injusticias como un supuesto “camino al desarrollo” que unos han alcanzado y otros aún no (están en vías de). En este punto comienzan a ser “norma” grandes diferencias e injusticias (que solo el tiempo solucionará) y la ley determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido.

**El arreglo institucional “pro mercado”. La privatización obligada por los tecnócratas [t3]**

Dos años después de promulgada la Carta Política, en 1993, se desarrollaron estos preceptos constitucionales con la aprobación de la Ley 100, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con cuatro capítulos: pensiones, salud, riesgos laborales y servicios sociales complementarios. El proyecto de ley inició su curso a instancias del sector financiero, que perseguía la creación de fondos privados de pensiones similares a los creados en Chile por el Gobierno de Pinochet.

Vale la pena aclarar que, en la reforma de 1993, el capital financiero y los grandes grupos económicos del país tenían puesta su mira y su único objetivo en la privatización del sistema pensional, con el fin de poder captar el más grande ahorro que pueda tener un país. Por el contrario, no mostraban interés alguno en el sector salud, pero estaban dispuestos a aceptar la aprobación de cualquier reforma en salud, como incrementar los aportes de las empresas para cubrir la medicina familiar, o incluso facilitar la aprobación del seguro universal, con tal de acceder al manejo del ahorro pensional de los colombianos, conforme al modelo puesto en marcha en Chile. “Tal fue la negociación de fondo entre los intereses económicos y sociales que concluyó en la Ley 100” (Martínez, 2016, p. 40).

La reforma de la seguridad social aprobada en 1993, atendiendo el principio de “eficiencia”, tenía entre sus principales propósitos privatizar el servicio público, especialmente acabar con el “monopolio” del Instituto de Seguros Sociales y separar los negocios de sus tres seguros tradicionales, pensiones (invalidez, vejez y muerte), salud (enfermedad general y

maternidad) y riesgos profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional). Se crearon, por tanto, para la privatización del ahorro pensional las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), al tiempo que en la administración del seguro obligatorio de salud contributivo se abrió la posibilidad de competir con el Instituto de Seguros Sociales a empresas privadas que fueron bautizadas, con algún grado de optimismo, como Entidades Promotoras de Salud (EPS) y, finalmente, para riesgos profesionales se creó la figura de Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

[ - ] Para hacer posible la privatización en salud y crear competencia en el aseguramiento, se decidió pagar a los aseguradores públicos y privados un valor único promedio por el seguro obligatorio anual por cada afiliado (unidad de capitación/UPC), resultante de reunir todos las contribuciones parafiscales de empresas y trabajadores y dividirlos por el número de asegurados con capacidad de pago (cotizantes y sus familiares) en el Régimen Contributivo. (Martínez, 2013, p. 116) [ - ]

Por otra parte, se instauraron los subsidios a la demanda, igualmente con un valor único promedio *per capita*, financiado por el presupuesto nacional (y algunos aportes de solidaridad de los trabajadores del Régimen Contributivo), para asegurar a la población sin capacidad de pago. De esta forma se buscó cubrir financieramente las necesidades en salud de toda la población.

Por otro lado, los hospitales públicos fueron convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE), una especie de entidades comerciales de origen público que deberían competir con las clínicas privadas, todas en conjunto denominadas ahora Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los recursos del presupuesto nacional, con los que se financiaba a los hospitales públicos, pasarían progresivamente a subsidiar el aseguramiento en salud de la población pobre en el Régimen Subsidiado (transformación de subsidios de la oferta a la demanda). Finalmente, toda la población debería quedar asegurada en uno u otro régimen y

las Empresas Sociales del Estado deberían subsistir vendiendo sus servicios a las EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado (estas últimas denominadas inicialmente Administradoras del Régimen Subsidiado [ARS]) (Martínez, 2016).

Como señala Ómar Guerrero,

[...] No sólo el Estado debe promover la competencia del mercado, sino que además el Estado debe introducir mecanismos de mercado en su funcionamiento. En un extremo se pasa al sector privado la provisión de los bienes sociales y la infraestructura básica (exprivatización), en el otro, los provee el Estado pero con la introducción de mecanismos de mercado (endoprivatización). (2004, p. 47) [...]

La exprivatización consiste en el proceso por el cual la administración pública transfiere la producción de bienes y servicios a la empresa privada. La endoprivatización, por su parte, es la sustitución de la gestión de los asuntos públicos por la idea, la metodología y la técnica del espíritu empresarial privado (Guerrero, 1999).

La reforma también creó un banco del Sistema, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), con la participación del Gobierno y los actores del Sistema, encargado de actualizar el Plan de Beneficios y la unidad de capitación (posteriormente cambiado por una comisión de regulación de carácter técnico). Como en la privatización de otros servicios públicos (energía eléctrica, telefonía, gas, etc.), el esquema se pretende equilibrar con una comisión de regulación que garantiza a los inversores privados que las tarifas van a ser técnicas y no políticas, y una superintendencia que protege los derechos de los usuarios y vigila el servicio público (Martínez, 2016).

## La delegación de una función esencial del Estado [t3]

Según Chang,

[ - ] El discurso Neo-Liberal sobre el Estado se basa fundamentalmente en el postulado de que el “libre mercado” produce socialmente óptimos resultados en la mayoría de los casos, mientras que la intervención del Estado rara vez es capaz de mejorar los resultados del “libre mercado”. Estemos o no de acuerdo con este planteamiento, el discurso puede parecer sólido ¿Pero lo es realmente? No nos consta que el “libre mercado” sea un mercado sin intervención del Estado. (1997, p. 9) [ - ]

Y agrega este autor:

[ - ] Por supuesto podemos lograr un acuerdo sobre que es una “buena” intervención del Estado y que es una “mala”, pero no tenemos claro que significa intervención del Estado. No estoy seguro de que tengamos claridad al respecto. El problema está en que la misma acción del Estado puede ser y ha sido considerada “intervencionismo” en una sociedad y no ha sido considerada tal en otra (o incluso en la misma sociedad desde distinto punto de vista). En consecuencia, si queremos decidir cuándo un mercado particular es “libre” o no, necesitamos comprender las instituciones subyacentes que definen la estructura de derechos y obligaciones para los participantes en el mercado específico (y tener claro que no supone externalidades para otros no participantes). (Chang, 1997, p. 7) [ - ]

Luego añade que

[ - ] Desde una perspectiva neoinstitucional podemos incluso decir que definir un libre mercado es en el fondo un ejercicio sin sentido, porque ningún mercado es al final

*libre*, pues todos funcionan en medio de regulaciones estatales que definen quién puede participar en cuáles mercados y en qué términos. Si parecieran serlo, es solamente porque algunas regulaciones (y los derechos y obligaciones creados) pueden ser totalmente aceptados (por aquellos que observan o que participan en dicho mercado), por lo que estos mercados parecieran no estar sujetos a intervención y ser *libres*. (Chang, 1997, p. 11) [-]

Y más adelante sostiene que

[-] El trabajo clásico de Karl Polanyi muestra cómo, incluso en el Reino Unido, donde la economía de mercado se suponía había emergido *espontáneamente*, la intervención del Estado jugó un rol crítico en el proceso. Él arguye que el camino al libre mercado *fue abierto y mantenido abierto por un enorme incremento de intervencionismo, continuo, organizado y centralizado*. (Chang, 1997, p. 20) [-]

Es preciso, por tanto, dejar claro que no existe la tan cacareada oposición entre Estado y mercado y que las reformas de final de siglo se dirigieron a modificar las instituciones a favor del “mercado”, bajo la suposición de que el crecimiento y desarrollo que generarían estos individuos y organizaciones al actuar con mucha más “libertad” devendría finalmente en mayores beneficios sociales. Pero ¿en qué consiste dicha “libertad”? No se trata realmente de “desregular” sino de regular a favor del “mercado” o, mejor aún, a favor de los intereses particulares de individuos y organizaciones que dominan los mercados.

### **Una extraña privatización [t3]**

La privatización del aseguramiento fue extraña desde 1992, año en que se discutía el proyecto que dio origen a la Ley 100 de 1993. A diferencia del sistema pensional, donde el interés de los grupos económicos era muy grande por tomar en sus manos la administración de las

pensiones o, mejor dicho, del ahorro más grande de una nación, interés que dio origen a las propuestas y el debate que finalizó con la reforma de la seguridad social, el capital (representado en grandes o pequeños inversionistas) no parecía mostrar interés alguno en el negocio de administrar los servicios de salud.

[...] En ese entonces, los representantes del Ministerio, encabezado por Juan Luís Londoño, trataban de convencer a las empresas de medicina prepagada, existentes antes de la reforma (para un mercado de alto poder adquisitivo o empresarial), de convertirse en las nuevas Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud. Finalmente la ley 100 obligó a estas empresas a convertirse en EPS, pues de lo contrario no podrían seguir comercializando las pólizas de medicina prepagada. (Martínez, 2016, p. 44) [...]

Estas empresas, de carácter privado, tuvieron que aceptar la reforma (privatización obligada) y crearon entonces un modelo de negocio enfocado en tener un cliente con dos seguros, el contributivo obligatorio y el voluntario, adicional a este. Este modelo de negocio, por supuesto, habría de limitar seriamente su crecimiento, pues tan solo se centraba en la población de altos ingresos, que podía pagar el seguro voluntario, además de cotizar obligatoriamente a la seguridad social. Similar arreglo institucional del régimen contributivo se implementó en República Dominicana, donde las empresas aseguradoras que comercializaban las pólizas empresariales de salud también fueron obligadas a convertirse en Administradoras de Riesgos de Salud y administrar el seguro obligatorio. Las aseguradoras privadas pusieron trabas varios años al funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social, creado por la Ley 87 de 2001, hasta que finalmente inició su operación en 2008.

La razón del poco interés de los inversionistas privados en esta conversión tuvo que ver, en los dos países, con la complejidad del negocio propuesto por los reformadores; con la dudosa rentabilidad de este, debido al bajo *per capita* o prima por afiliado y a la amplia cobertura del Plan de Beneficios, así como a la eliminación de preexistencias y otras restricciones al

uso de los servicios; pero sobre todo, con la posibilidad de quedar sometidos a una estrecha vigilancia gubernamental y las posibilidades de sanciones consecuentes, condiciones muy complejas para quienes estaban acostumbrados a comercializar pólizas de salud más costosas y con menor riesgo (Martínez, 2016).

Ante la poca cobertura inicial de afiliados de estas empresas procedentes de la medicina prepagada, surgieron rápidamente nuevas EPS, no precisamente provenientes del capital financiero, como en el caso de los fondos de pensiones, sino del sector cooperativo y algunas Cajas de Compensación Familiar (CCF) (entidades creadas por el Gobierno cuatro décadas atrás para dar servicios de salud y recreación a las familias de los trabajadores), dos tipos de organizaciones sin ánimo de lucro que, en consecuencia, no pueden distribuir utilidades a sus dueños. ¿Cuál era entonces su interés en entrar a un sistema concebido como negocio, para empresas con ánimo de lucro? Tal fue la pregunta lógica que no se formuló con claridad, ni se respondió en los años iniciales del Régimen Contributivo (Martínez, 2016).

[...] Las empresas por muchos años dominantes en el Régimen Contributivo y prácticamente las únicas en el Régimen Subsidiado, cooperativas y CCF, se diferencian de las empresas de capital privado en aspectos de fondo y no en simples detalles: la primera gran diferencia es que las empresas privadas tienen dueños, accionistas de sociedades anónimas o limitadas, a los cuales debe rendir cuentas los administradores de las empresas. Las empresas del sector solidario y las cajas de compensación no tienen dueños. Los administradores de las cooperativas supuestamente responden a una asamblea de asociados, donde ninguno puede tener más de un voto y pueden ser millares, pero cuando se asocian varias cooperativas y forman cooperativas de segundo piso, los asociados pueden llegar a millones y la verdadera propiedad se diluye al quedar representada en los administradores que, sin control alguno de sus bases, integran las juntas directivas de las nuevas organizaciones, de tal modo que se las arreglan muy fácilmente para manipular estas grandes organizaciones en provecho propio. (Martínez, 2016, p. 45) [...]

Ya Colombia tenía la experiencia de los bancos cooperativos, también organizaciones de segundo piso, cuyos administradores sin control generaron grandes quiebras a finales de los años noventa.

[...] Estas nuevas EPS sin ánimo de lucro –se reitera–, enfocaron su modelo de negocio en el seguro obligatorio, no en el voluntario, y colocaron todo su esfuerzo en afiliarse millones de personas al régimen contributivo, por las que el Sistema debía pagar la unidad per cápita (UPC) a través del Fosyga. Rápidamente fueron dejando atrás a las EPS de capital privado en el número de afiliados. Con el manejo de estas rentas millonarias, se ubicaron en muy pocos años entre las empresas más grandes del país, tanto en activos como en utilidades. ¿Cuál era el interés de estas organizaciones en manejar billones de pesos de la seguridad social? Es la otra pregunta que tampoco se formuló en los inicios del Sistema.

[...]

En el Régimen Subsidiado, resulta aún más curioso el modelo de creación de mercados y de privatización, por cuanto es el Gobierno quien crea inicialmente las Empresas Solidarias o cooperativas de carácter comunitario, para el manejo del Régimen Subsidiado y, posteriormente, dada su falta absoluta de capacidad técnica para actuar como verdaderas aseguradoras, las obliga a fusionarse. Posteriormente, también el Gobierno central les reparte regiones con millones de afiliados y les da el beneficio de administrar recursos públicos por cientos de miles de millones a pesar de que están lejos de cumplir los estrictos requisitos técnicos y financieros fijados a las EPS del Régimen Contributivo. Finalmente, Gobierno y Congreso las convierten en EPS, iguales en términos legales a las del Régimen Contributivo.

[...]

En síntesis, resulta sui géneris esta “privatización” del sector salud en Colombia, con gigantescas empresas sin dueños o con dueños que no son evidentes para el público (asociaciones de cooperativas y cajas de compensación), o empresas que crean los gobiernos y que no surgen de la iniciativa privada. Estas entidades acaban siendo

mayoritarias en la administración de los dos regímenes, mientras las empresas de capital privado ocupan una posición marginal. Sin duda que tal arreglo institucional, creador de un “mercado” del aseguramiento y la prestación de servicios de salud que no interesó al capital privado, e instaurador de entidades “privadas” tan extrañas para “competir” en dicho mercado de la salud, iba a generar incentivos específicos y efectos complejos sobre los servicios de salud que recibirían los ciudadanos. (Martínez, 2016, pp. 45-46) [-]

Foucault explicó en sus cursos sobre la gubernamentalidad (Castro-Gómez, 2010) que la diferencia fundamental entre el liberalismo y el neoliberalismo es que el primero formula y cree en las leyes “naturales” del mercado, mientras que el segundo no cree que el mercado sea una realidad natural, sino que requiere de la intervención política, es decir, que es consecuencia de un orden sociojurídico implementado por el Estado. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia es el perfecto ejemplo de un mercado creado por el Estado y, precisamente de esta *creación*, que no es en absoluto *natural*, sino producto de la tecnocracia económica y su fundamentalismo, derivan los grandes problemas y contradicciones que han conducido al Sistema hacia una crisis permanente (Martínez, 2016, p. 46).

### **Aspectos inherentes al arreglo Institucional y componentes regulatorios claves[t3]**

Se describen y documentan a continuación algunos componentes regulatorios, mecanismos operacionales e incentivos creados intencionalmente o no a partir del arreglo institucional promercado (determinado tanto por la Ley 100 de 1993 como por la legislación y reglamentación posterior) que explican en buena parte la gran crisis del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Algunos de estos mecanismos están relacionados con el tipo de instituciones creadas y sus relaciones contractuales implícitas o explícitas, tales como el incentivo perverso a la negación o postergación de servicios, el traslado del riesgo en los pagos por capitación o la conversión

de los hospitales en empresas comerciales. Otros mecanismos, como los comportamientos rentistas y la transferencia de precios, se relacionan con apropiación de los recursos dirigidos a los servicios de salud. Finalmente, unos más se relacionan con la tendencia del mercado a derivar gran parte de los recursos de la salud hacia los negocios que producen mayor margen de rentabilidad (alta tecnología y medicamentos innovadores), así como hacia los servicios ubicados en los barrios de mayor poder adquisitivo de los grandes centros urbanos, mientras se abandonan los servicios básicos de salud, especialmente los dirigidos hacia las poblaciones pobres o dispersas.

Para corroborar la crisis surgida de esta regulación, cabe precisar que el propio Ministerio de Salud y Protección Social la diagnostica veinte años después de la Ley 100, en la exposición de motivos del proyecto de ley de reforma al sistema presentado ante el Congreso de la República:

[...] La reforma de 1993 ha sido una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud. La evidencia muestra que la mayor parte de esos objetivos se lograron en los pasados 20 años.

Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutivez en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutivez

de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad.

Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los cobros al sistema a través de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios (no POS). El resultado en el contexto institucional y de muchos usuarios es la limitada legitimidad del sistema.

Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema. (Ministerio de Salud, 2013) [-]

Sin embargo, es pertinente explicar y documentar en mayor detalle, con base en la evidencia disponible, los puntos señalados, para poder concluir sobre la gravedad de estos hechos.

### **El incentivo perverso hacia la negación o postergación de servicios en el pago por capitación [t3]**

El arreglo institucional por el cual el Estado colombiano ha pretendido (con cierto facilismo) delegar la organización y prestación de los servicios de salud a particulares (sin desprenderse, claro está, de la obligación de garantizarlos a los ciudadanos), consiste en entregar una población y unos recursos por cada ciudadano (*per capita*) a un administrador-asegurador

privado que se encargaría de organizar y contratar a su vez la prestación de servicios; es decir, se contrata a las EPS mediante un pago por capitación para proveer un Plan de Beneficios, contrato y pago asimilables (pero no iguales, como se señalará), a un contrato y a una prima de seguros. Así, “estas instituciones tendrían el incentivo de controlar el gasto del Sistema, en función de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud” (Martínez, 2014, p. 58).

Según el propio Ministerio de Salud (2013), dicho arreglo institucional se ha traducido en múltiples barreras de acceso a los servicios de salud:

[...] Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites (e. g. la autorización para la prestación de los servicios) a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto. La ECV<sup>4</sup> del año 2011 determinó que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios de sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos. (Ministerio de Salud, 2013) [...]

Como forma de constatar las “irregularidades” permanentes del Sistema de Seguridad Social en Salud, pueden verse las exposiciones de motivos de los intentos de reformas posteriores a la Ley 100:

[...] Al leer entre líneas la Ley 1122 de 2007, se encuentra un artículo para exigir que las poderosas EPS de los dos regímenes cumplan el Código de Comercio y paguen

---

<sup>4</sup> Encuesta de Calidad de Vida.

los intereses de mora, como corresponde a las demás empresas y ciudadanos<sup>5</sup>. Otro para tratar de lograr que entreguen información al regulador. Uno más para controlar la integración vertical ¿o para legalizarla? Allí mismo se mencionan las negativas a prestar servicios, negativas por parte de las EPS que ponen en riesgo o amenazan la salud del usuario; negativas injustificadas o negligencia demostrada para cubrir las obligaciones para con sus usuarios; presiones y condicionamientos a los profesionales de la medicina y las IPS; la selección adversa y la selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS; menoscabo al derecho del afiliado a la libre escogencia de IPS, etc. No son opiniones de críticos del Sistema, pues todo ello está escrito en los documentos justificatorios de las leyes aprobadas por el Congreso o implícitos en las leyes mismas. (Martínez, 2016, p. 59) [-]

La negación de servicios y las barreras administrativas señaladas hacen que los ciudadanos recurran a la tutela, mecanismo que, como se indicó, fue establecido en la Constitución colombiana para defender los derechos de los ciudadanos, entre ellos el derecho a la salud. Adicionalmente, han sido constantes las denuncias de los medios de comunicación sobre graves complicaciones y muertes originadas en las negaciones o tardanzas excesivas en las autorizaciones de servicios. Los resultados se observan en la prensa a diario y también en la masiva instauración de tutelas por parte de los ciudadanos para conseguir la atención en salud requerida, reiteradamente negada, diferida o burlada. Se calcula que desde el inicio de la Ley 100 de 1993 estas superan los tres millones.

En el Informe Anual de la Defensoría del Pueblo (2015), se reportan 118.281 tutelas, una cada 4 minutos, que representa el 23,7% del total de las acciones jurídicas interpuestas; y de estas el 70% corresponde a solicitudes de tecnologías y tratamientos que debían ser garantizadas por el Plan Obligatorio de Salud. Por otra parte, durante el 2015 las EPS reportaron 311.231 negaciones de servicios de salud: 248.959 en el régimen contributivo y

---

<sup>5</sup> El recién elegido presidente Duque, planteó en su programa de gobierno que las EPS tendrán que reducir la deuda a más de noventa días y que el atraso no justificado en los pagos se considerará morosidad, como si no existiera la norma legal del Código del Comercio.

62.272 en el subsidiado (Defensoría del Pueblo, 2015). Para el 2017, el total de tutelas en salud ascendió a 191.778, según el Ministerio de Salud (2018), de las cuales un 60,3% correspondieron a servicios no prestados con la oportunidad requerida y un 27,4%, a servicios negados. O sea que 4,2 de cada 1000 afiliados al Sistema tuvieron que acudir a la justicia para que se les garantizase el acceso al servicio de salud requerido (en el 90% de los casos ordenado por médico). Los jueces, por su parte, concedieron todo lo solicitado en el 65,7% de los casos y lo otorgaron parcialmente en el 20,3%. Un 7,6% fueron negadas por haberse superado la barrera de acceso antes del fallo y un 0,2%, por muerte del demandante. Tan solo el 6,2% de las tutelas fueron consideradas improcedentes.

En consecuencia,

[...] es necesario precisar que las EPS y las antes llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado, o las hoy llamadas en conjunto genéricamente Administradoras de Planes de Beneficios (APB), no pueden considerarse aseguradoras, en todo el sentido de la palabra, aunque supuestamente reciban una prima por garantizar un Plan de Beneficios. No pueden ser asimiladas a compañías de seguros por la potestad que tienen de autorizar o negar servicios a los pacientes. Un asegurador paga siniestros, puede exigir medidas de prevención, puede negar el pago cuando considera que las reclamaciones son fraudulentas, pero no tiene la potestad de no permitir que el riesgo suceda, como si lo tienen estas entidades de seguridad social en Colombia. De hecho, en otros países como República Dominicana, con un régimen contributivo de seguridad social similar, las Administradoras de Riesgos de Salud no pueden dilatar ni impedir el acceso directo al especialista de los pacientes, ni limitar las órdenes diagnósticas y terapéuticas dadas por los facultativos. De hecho, también las aseguradoras colombianas permiten a sus afiliados, en los planes complementarios, el acceso directo al especialista. (Martínez, 2016, p. 59) [-]

La Defensoría del Pueblo también denuncia esta situación:

[-] Esta potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de los millones de tutelas presentados por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios. (Defensoría del Pueblo, 2009) [-]

El incentivo perverso está implícito en el contrato con pago *ex ante* por capitación y aunque la negación o postergación de servicios obedezca muchas veces a razones técnicas o administrativas justificadas, dado el ánimo de lucro permitido a las administradoras, ha sido y será interpretada casi siempre por los ciudadanos como intento de aumentar las ganancias, interpretación claramente ligada al arreglo institucional que, en suma, ha acabado por deslegitimar a las mismas entidades que creó.

[-] No en vano se ha acuñado el término despectivo *muertos de Ley 100*, para designar a las muertes de pacientes que por innumerables factores de tipo normativo o fáctico no recibieron en forma oportuna o eficiente los servicios de salud o de atención en salud correspondientes, por parte de las entidades responsables de administrar, financiar o de prestar tales servicios [...]. Asimismo, son numerosas las personas que han muerto en el transcurso de los procesos de acción de tutela, y que pretendían hacer eficaz la promesa constitucional de protección de la salud. (Gañan, 2013, p. 25) [-]

El mecanismo por el cual el Estado ha delegado los servicios de salud de los ciudadanos a terceros, que consiste en entregar una población y unos recursos por cada ciudadano a un asegurador privado, se replica a lo largo de la cadena de instituciones hasta el usuario final de los servicios. Es lo que algunos autores denominan “sistemas intensivos en uso de contratos” (Jordana, 2006). La contratación entre EPS e IPS tampoco parece ser útil para garantizar calidad y oportunidad de servicios a los ciudadanos, en virtud de la posición

dominante de las primeras y la necesidad de subsistir de las segundas (Martínez, 2002), por lo que, en conjunto, suele ser más irresponsable aún que la del Estado con las EPS.

En la “Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado” realizada por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional para el Ministerio de Protección Social (Rodríguez, 2007) se describen los resultados desastrosos de los contratos de capitación para la prestación de servicios:

[...] El primer problema planteado tuvo que ver con el hecho de que los afiliados no recibían todos los servicios contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado o encontraban severas restricciones para el acceso a los mismos. Los municipios deberían entender que, si habían contratado un Plan de Beneficios completo, deberían exigir exactamente la totalidad de los beneficios contemplados y no aceptar ninguna explicación de la ARS, en el sentido de que consideraban cumplida su obligación al contratar con una IPS y que el incumplimiento en servicios claves como medicamentos o servicios odontológicos, o la severa restricción de citas, era problema de la IPS. Se hizo énfasis en que tal respuesta no es de recibo para ninguna institución estatal, por parte de contratista alguno de bienes o servicios que subcontrate parte de los mismos con terceros. Ningún contratista puede excusarse de cumplir con el bien o servicio, con base en el incumplimiento de sus proveedores. (Rodríguez, 2007, p. 52) [...]

El traslado absoluto del riesgo y de las responsabilidades de las ARS se observa en la contratación por capitación para niveles de complejidad más altos o la contratación simultánea de varios niveles<sup>6</sup>:

---

<sup>6</sup> El Proyecto de Ley 52 de 2005, presentado por el Gobierno, que no logró su aprobación en el Congreso de la República en dicha vigencia, intentaba prohibir este tipo de contratación y el traslado del riesgo de los aseguradores a los prestadores, excepto para el primer nivel de atención o complejidad.

[-] En enfermedades graves y de alto costo, por ejemplo, los contratos de capitación, quiéranlo o no quienes los suscriben, llevan implícito el incentivo perverso de producir más ganancias si se mueren más rápido los pacientes. En suma, tal grado de irresponsabilidad en el manejo del riesgo y en la administración de los servicios por parte de algunas ARS, significa que no agregan valor alguno al Sistema y, en tal caso, estas entidades no constituyen más que simples intermediarios en la distribución de recursos públicos. (Martínez, 2016, p. 67) [-]

Fedesalud había señalado, por otra parte, en su estudio sobre la implementación del Sistema de Seguridad Social en la Costa Pacífica, que los contratos de capitación de las aseguradoras con la casi inexistente red pública de servicios no garantizaban mínimos servicios a los afiliados del Régimen Subsidiado:

[-] Los sistemas de contratación y pago de servicios de salud deben generar a los prestadores los incentivos adecuados para garantizar servicios efectivos y de calidad a los afiliados. Este modelo de contratación no produce incentivo alguno y está negando en la práctica los derechos de los afiliados a la prestación efectiva del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en la mayoría de los municipios del país, hecho que configura un claro incumplimiento del contrato de aseguramiento que los municipios suscriben con las aseguradoras privadas (pocas veces públicas), con o sin ánimo de lucro.

[...]

¿Por qué se tolera tan abierto incumplimiento del contrato? ¿Acaso los dineros del Estado no valen lo mismo que los dineros privados? ¿Acaso no importa que no se presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud? ¿Es el contrato de aseguramiento en el Régimen Subsidiado simplemente un puro formalismo, salvo en lo que tiene que ver con el giro de los recursos a los diferentes actores, pues nadie sanciona el incumplimiento evidente? Si no se garantiza un aseguramiento efectivo, ni las ARS cumplen su función de agencia, garantizando la oferta y calidad de los servicios a sus afiliados [...]. Si estos contratos no cumplen con el mismo propósito

de todos los contratos en una economía de mercado, es decir la compra efectiva de un bien o servicio en unas condiciones de oportunidad y calidad preestablecidas [...]. ¿Estas entidades simplemente estarían cumpliendo una función de administración y reparto de recursos públicos? (Martínez, Castro, Ordóñez, Valencia, y Cuesta, 2005, p. 16) [-]

Los contratos por capitación entre EPS e IPS fueron finalmente limitados por la Ley 1438 de 2011:

[-] Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación. (artículo 52) [-]

### **La integración vertical y las ganancias por la puerta de atrás. Transferencia de precios [T3]**

La organización institucional de la seguridad social en la Ley 100 determina tanto la especialización horizontal de negocios de la seguridad social como la especialización vertical. Separar en varios negocios e instituciones cada uno de los seguros que integraba la seguridad social fue un golpe directo al “monopolio” del Instituto de Seguros Sociales y facilitó la competencia de empresas privadas con intereses específicos, como los bancos en los Fondos de Pensiones, las aseguradoras en la administración del seguro de riesgos laborales y las empresas especializadas en servicios de salud. Nadie se podría imaginar vender, ni comprar, un Instituto de Seguros Sociales completo.

Por otra parte, la separación vertical de los negocios y funciones en el complejo campo de la seguridad social en salud replicó la separación de funciones y empresas del sector eléctrico (generación, transporte-comercialización y distribución domiciliaria), bajo el principio

administrativo de que la especialización de funciones produce mayor “eficiencia” productiva. En realidad, la separación vertical también buscó facilitar el ingreso de inversionistas privados difícilmente dispuestos a invertir en negocios estatales con infraestructuras tan grandes, costosas y complejas.

Es preciso destacar en este punto, que la separación vertical de negocios únicamente resulta conveniente para el propósito de venderlos, pues en la lógica corporativa mundial los negocios y las corporaciones tienden siempre a una mayor integración para lograr la eficiencia. De modo que el principio planteado no corresponde a la operación real de las empresas y negocios en el mercado internacional, y esta contradicción ha significado un conflicto de intereses permanente en el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Londoño y Frenk, explican cuatro años después de la Ley 100 la separación vertical:

[...] Así, nuestra propuesta se aleja de la actual integración vertical de las funciones en una sola organización y de los conflictos de intereses resultantes. Sin embargo, no proponemos una adopción automática de la noción simple de separación entre financiamiento y prestación, tan común en el debate sobre la reforma. En el pluralismo estructurado, la separación de funciones va más allá de una prescripción simplista e incluye diversas modalidades. Primero, la modulación es diferenciada del financiamiento y la prestación, lo que evita los conflictos de intereses en los ministerios de salud, tradicionalmente integrados de manera vertical. Segundo, existe una distinción entre la compra y la producción de servicios, misma que abre la posibilidad de introducir organizaciones innovadoras para la articulación de los servicios de salud. Tercero, mientras que la separación entre financiamiento y prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud, las OASS<sup>7</sup> específicas pueden

---

<sup>7</sup> Sigla que en el documento significa Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud, nombre genérico para las Administradoras de Riesgos de Salud, EPS en Colombia.

desarrollar diversas formas para combinar las funciones de aseguramiento con la participación directa en el mercado de servicios de salud [...]. (1997, p. 29) [-]

En realidad, la reforma fue siempre propicia a la integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios. Aunque públicamente se hablaba de la separación de aseguradores y prestadores, la política real muestra, cuando menos, un doble mensaje en relación con la integración vertical. Más adelante, el mismo documento explica:

[-] De esta manera se desarrollan nuevas formas de vinculación, las cuales van más allá de la simple separación entre el financiamiento y la prestación, tan popular en la literatura sobre el tema. Desde el punto de vista funcional, la separación entre el financiamiento y la prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud. Desde el punto de vista organizacional, las entidades articuladoras pueden desempeñar varias de las funciones del proceso de financiamiento-prestación, ya que buscan las formas de integración más eficientes. Como se mencionó antes, las OASS pueden así rebasar la función clásica del aseguramiento y desempeñar un papel más activo en el mercado de la atención a la salud como agentes de compra a nombre de los consumidores. (Londoño y Frenk, 1997, p. 22) [-]

Que la integración vertical hizo parte de la propuesta se confirma en el artículo 179 de la Ley 100, sobre el campo de acción de las EPS: “Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales”. Otra evidencia de la integración vertical es el hecho de que las inversiones en prestación de servicios son aceptadas para el margen de solvencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1485 de 1994, por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud, ya que esta norma definitivamente no puede achacarse al Congreso. Finalmente, una lectura cuidadosa del documento sobre el pluralismo estructurado permite observar tanto una crítica a la integración vertical, cuando se refiere a las redes de servicios de las organizaciones públicas (aunque incluya prestadores privados), como una

defensa de esta, cuando se refiere a la estructuración de redes de servicios de las articuladoras privadas.

El tema resultó especialmente sensible por el grave conflicto de interés resultante entre la función de agencia y representación del usuario que tiene la EPS y los intereses económicos de esta, cuando las IPS son de su propiedad o viceversa. En un conflicto entre paciente y prestador de servicios (hospital o clínica), por tema de calidad u oportunidad de la atención, ¿de parte de quién se coloca la EPS, del paciente o de su propia empresa? Adicionalmente, la integración vertical se convirtió en la práctica en la negación franca de la “libre escogencia” de los usuarios, argumento central esgrimido para la privatización del sistema de salud.

La dirección del Sistema fue siempre permisiva con la integración vertical y produjo normas inocuas, como la prohibición de contratar más de un 60% con empresas propias. En los casos en que por la presión de las organizaciones sociales y las clínicas y hospitales afectados por la capacidad de las EPS de comprar servicios a sus propias instituciones y no darles contratos finalmente producía algún intento de cuestionamiento que pudiera considerarse riesgoso por llegar a las altas esferas del Estado, a los administradores de las EPS les bastaba con acudir a una notaría y cambiar simplemente el nombre y algunas veces la composición accionaria de las empresas subsidiarias, para afirmar que ya no había integración vertical de negocios. Esto siempre fue posible en virtud de la ausencia de una regulación sobre comportamientos corporativos monopólicos que prohibiera legalmente que las empresas o sus socios y familiares fueran propietarios de otras empresas de la cadena de servicios e insumos de salud, regulación indispensable si realmente se hubiera querido impedir la integración vertical de los negocios de la salud.

La Contralora General de la República (Morelli) se preguntaba:

[...] Y qué decir de la mal llamada integración vertical que no constituye nada distinto que la apropiación indebida, por parte de los operadores de la salud, de recursos

destinados a atender el servicio y que, sin embargo, se aplica de manera inmediata sin esperar si al final del ejercicio se producen o no utilidades, adquirir bienes relacionados o no con la prestación del servicio, a nombre directamente del operador privado. Las EPS también se autoabastecen de sociedades comerciales de parientes de sus administradores, con lo cual los bienes y servicios por estas requeridas, resultan más costosos para el usuario final. (2012, p. 113) [-]

La legalización práctica de la integración vertical se produce finalmente en el 2017 con la venta producida por el Estado de una EPS quebrada (tras una intervención estatal) a un grupo de clínicas y otros negocios privados de la salud.

En el estudio de la Unidad de Capitación del Sistema para 2011 (Universidad Nacional, 2011), la Universidad, después de estudiar en detalle el gasto en salud, frecuencias y costos para determinar la prima pura del Sistema, encuentra un desproporcionado incremento del gasto de las EPS del régimen contributivo, centrado en el rubro de medicamentos. Las EPS que presentaban enormes sobrecostos en medicamentos eran entidades de carácter cooperativo, que se caracterizaran por ser propietarias de su red de prestadores y propietarias al mismo tiempo de las firmas que les suministraban los medicamentos. En consecuencia, en su estudio, la Universidad Nacional concluye:

[-] Se repite insistentemente que las EPS son un negocio de especulación financiera, donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros. La preocupación fundamental consiste, por el contrario, en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra

de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales.

La ausencia de control de los verdaderos dueños del capital sobre los administradores (los miembros de las cooperativas asociadas en una EPS pueden ser decenas de miles y no tener ningún control real sobre las entidades asociadas en entidades más grandes), permite que estos busquen rentabilidad en los negocios secundarios que son mucho más grandes cuando se da la integración vertical. Máxime cuando no opera la prohibición ética y explícita de las corporaciones insertas en el mercado internacional en el sentido de que los administradores no pueden jamás participar en ningún negocio de la empresa con interés personal.

Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos. Este comportamiento rentista en lugar de tener un incentivo a controlar el gasto del POS tiene un claro incentivo a aumentar los gastos en los servicios de los que se derivan rentabilidades, lo que significaría una tendencia al aumento de los gastos de salud en la nota técnica de ambos regímenes. (Universidad Nacional, 2011, pp. 116-117) [-]

En este punto parece haberse encontrado la relación entre el arreglo institucional, con entidades sin ánimo de lucro que manejan las unidades de capitación, y el comportamiento rentista consecuente: A estas entidades les interesaba manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar utilidades. En consecuencia, estas entidades no tendrían incentivo alguno para ahorrar recursos al Sistema y, por el contrario, procurarían gastar la totalidad de los recibidos. Por ello, cuando algunos de estos empresarios reciben la chequera

del Estado (una EPS con los recursos de sus afiliados), derivan los recursos de salud hacia sus negocios integrados verticalmente y no les importa quebrar la EPS; finalmente, después de exprimirla, el cascarón se lo dejan vacío y con deudas al Gobierno y este les ayuda a construir una nueva EPS que arranca sin deudas (una nueva chequera), a la cual exprimen nuevamente hasta agotarla, y así repiten el negocio (Martínez, F., 2016).

[ - ] Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al Sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio, hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Igualmente, como consecuencia de tal arreglo institucional y el consecuente incentivo generado, no es de esperar otro resultado. Ninguna de estas instituciones iba a generar eficiencia en la asignación de los recursos y finalmente reducir los costos al Sistema como se presumió. Ambos tipos de entidades, por el contrario, han presionado insistentemente el incremento de la asignación per cápita. (Martínez, 2013, p.120) [ - ]

La Superintendencia de Industria y Comercio, para justificar una sanción impuesta a catorce EPS y su agremiación Acemi, señaló:

[ - ] Negar la prestación de servicios contemplados en el POS, a cargo de la UPC y recobrarlos ante el Fosyga, vía aprobación de tutela. Esto es de una gravedad inaudita, negar la prestación de servicios que están en el Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, que ya se les pagaron a las EPS, de forma tal que esos servicios se recobren en el Fosyga, hecho que significa cobrar dos veces por el mismo servicio. Se trata de conductas que violan el ordenamiento jurídico nacional. (Resolución 46111 del 2011). [ - ]

Y si esto sucede en el Régimen Contributivo, ¿qué podría señalarse del Régimen Subsidiado, que comenzó con pequeñas empresas comunitarias de pueblo, las cuales, por decisión de

sucesivos Gobiernos, se convirtieron en grandes empresas, fusiones de cooperativas, donde el asociado inicial ya no tiene voz ni voto y, por tanto, los administradores disponen con libertad total de las multimillonarias rentas que graciosamente reciben del erario público? Algunas de estas entidades se limitan a distribuir un porcentaje de los recursos públicos entre algunos hospitales, a los que transfieren total e irresponsablemente el riesgo de los afiliados, mientras por distintas fisuras producen grandes beneficios directos e indirectos a los administradores y sus relacionados. Empresas algunas multimillonarias, pero tan fantasmas que ni siquiera se conoce el número de sus afiliados públicamente en los informes al Congreso, como sí se hace en el Régimen Contributivo.

El diario *El País*, de Cali, registró el 11 de octubre del 2007:

[...] En un hecho sin precedentes en la historia del país, la Superintendencia de Salud ordenó ayer la revocatoria de la licencia de funcionamiento y la liquidación forzosa de quince Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS, antiguas Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Siete millones de usuarios serían trasladados a otras aseguradoras. Luego de analizar los estados financieros, los márgenes de solvencia, la calidad en la atención y el cumplimiento de planes de mejoramiento “se detectaron fallas y por ello se tomó la decisión”, señaló el superintendente José Renán Trujillo. [...]

A pesar de múltiples estudios y denuncias (incluso del mismo Ejecutivo) sobre su desastrosa y en ocasiones corrupta gestión, y a pesar también de no contar con la capacidad técnica para manejar el aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud, estas empresas fueron promovidas a EPS (como las privadas) en la reforma del Sistema (Ley 1122 de 2007), mediante un notable esfuerzo conjunto del Ejecutivo y buena parte del Legislativo. Ambos conocían y coadministraban muy bien los beneficios políticos del asistencialismo a manos llenas. Justamente lo peor de estas entidades “privadas” es su sometimiento absoluto a las instancias de poder político nacionales y departamentales, sabiendo que de estas depende el que sigan siendo elegidas por el Gobierno como *distribuidoras de recursos públicos*.

También en el Régimen Subsidiado, por otra parte, el robo de los recursos de la salud ha sido escandaloso y, si no generalizado, bastante repetitivo. Son famosas, por las denuncias en la prensa, las investigaciones de la fiscalía por los llamados “carteles” del VIH y de la hemofilia, donde políticos montaban tramas para inventar pacientes de alto costo del Régimen Subsidiado y robar de esta manera miles de millones de pesos del Sistema de Salud. También las autoridades de policía dieron a conocer la existencia centros médicos de papel, útiles solo para justificar gastos.

Puestos en evidencia los mecanismos legales e ilegales de “transferencia de precios o utilidades” a través de empresas integradas, bien sea verticalmente (como se hizo público en el sonado caso de sobrefacturación en medicamentos de Saludcoop) u horizontalmente (como en el caso de las EPS con negocios de salud prepagada), la Corte Constitucional convocó en mayo de 2012 la realización de la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760, relacionada con la obligación asignada al Estado colombiano de garantizar de manera efectiva y real el derecho a la salud a partir de la cobertura universal con igualación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Al finalizar las exposiciones de Gobierno, entidades y organizaciones sociales, la Corte destacó entre sus conclusiones:

[...] Esta Corte evidencia que el alto grado de corrupción, la prevalencia absurda de intereses particulares, la debilidad manifiesta en el control estatal, el inadecuado manejo administrativo por ineficiencia; son algunas de las causas generales que afectan los recursos de la salud. Así mismo, el cobro de comisiones para levantar glosas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, el aumento doloso en los valores de medicamentos y procedimientos que no están señalados en el POS, los recobros de insumos y medicinas que nunca fueron utilizados o entregados a los pacientes, el pago de servicios no incluidos en el POS y supuestamente logrados por tutelas que en realidad no se interpusieron, el recobro de medicamentos e insumos de contrabando; son entre

otras, causas específicas del panorama oscuro ya señalado. (Corte Constitucional, 2012) [-]

### **Una “economía especial” que no reconoce las prácticas comerciales y el valor del dinero [t3]**

Es tan singular este “mercado” que el problema más sobresaliente en el devenir del Sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos Gobiernos no han logrado corregir. La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este “particular mercado”, que el dinero no tenga valor, por lo que no se reconocen intereses de mora. Así, se desconoce lo establecido en el Código de Comercio de Colombia en su artículo 885: “Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta”.

En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueron provistos y, en caso contrario, deberán reconocerse los intereses correspondientes a la mora. Si no se reconocen los intereses, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, con lo cual se falsearían los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial.

[-] Desde el inicio, hizo carrera en el Sistema y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos y las

consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño *mercado* la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el Sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en este *particular mercado*. (Martínez, 2015, p. 7) [-]

Ya en 1999, al analizar el flujo de recursos, se observa que el mismo Gobierno es el primero en pagar sus compromisos con gran retraso, lo que inicia la cadena de incumplimientos, pues condiciona a su vez el retraso en el pago a las IPS y el de las IPS a los proveedores y a los trabajadores de la salud. Sobre los giros del Fosyga<sup>8</sup> se señalaba:

[-] De acuerdo con la relación de pagos de la Nación a los departamentos y municipios para garantizar la cofinanciación de la contratación de 1998-1999, se tiene que la mora promedio de los giros al Fosyga alcanza los 90 días, presentando la región del Eje Cafetero el menor promedio, ubicado en 70 días, y siendo la región de Arauca, Casanare y Meta, en los municipios certificados, la que presenta mayor mora

---

<sup>8</sup> Fondo de Solidaridad y Garantía o banco que maneja los recursos del Sistema.

promedio en giros: 101 días. Los tiempos extremos se ubican en 297 días. (Jaramillo, 2002, p. 196) [-]

A diciembre del 2017 el valor real de la cartera por venta de servicios de salud ascendía a 8,5 billones (aproximadamente 2,8 millardos de dólares norteamericanos), según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2017), de la cual un 54,6% o 4,6 billones de pesos sobrepasaban los 90 días. En los años transcurridos desde que iniciara la operación el SGSSS se cuentan por decenas (si no pasan ya del centenar) las normas expedidas (leyes, decretos, resoluciones y circulares de la Superintendencia) para mejorar “el flujo de recursos” en el sector.

Otra característica *sui generis* de este particular mercado surge de la regulación extraordinaria expedida por el Gobierno (un regalo sin par para unas empresas sin par), dirigida a permitir que las EPS continúen operando y manejando billones de pesos de recursos públicos a pesar de no contar con un solo peso de patrimonio propio (o presentando “patrimonios negativos” en sus balances financieros durante muchos años). A estas entidades no se les aplica, ante la pérdida total de su patrimonio, lo que es ineludible ante la quiebra de cualquier otra empresa en la “economía normal”: la obligación de recapitalizar o la inevitable liquidación. Es interesante recordar aquí uno de los ocho principios del ordoliberalismo alemán (padre putativo del neoliberalismo), que señala: *cada empresa debe asumir la responsabilidad y el riesgo por sus inversiones, la rentabilidad y rendimiento de estas. Si una empresa quiebra, el Estado no debe rescatarla.*

### **Más que competidores en un mercado, distribuidores de recursos públicos [t3]**

Estos fenómenos podrían interpretarse, de otra forma, como prueba de que el Sistema opera más como un sistema de distribución de recursos públicos del Estado que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas del Gobierno, para girar directamente a los hospitales los recursos, en casos de incumplimiento franco de los pagos por parte de las EPS,

constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los sistemas de asistencia pública.

Es preciso señalar que la Ley 1438, en respuesta a la indignación por los escándalos de malversación de los recursos del Sistema, estableció que

[...] El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación. [...]

Esto mismo lo había establecido la Ley 1122 de 2007 para las EPS del Régimen Subsidiado. De modo que a las EPS se les quita el incentivo de controlar el gasto del Sistema (con el fin de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud), hecho que deforma sustancialmente el esquema de mercado formulado inicialmente en la Ley 100, el cual evidentemente no había funcionado.

Siguiendo la misma línea, el primer Gobierno del presidente Santos tramitó el Proyecto de Ley 210 del 2013 buscando cambiar a las EPS de aseguradores a “gestores” o administradores de servicios de salud, pero la ley no resultó aprobada. Sin embargo, en la práctica, al fijarles el tope de gasto de administración, las habían convertido en administradoras de servicios y administradoras de los recursos públicos de la salud. Por otra parte, por normas sucesivas a partir de 1997, el banco del Sistema había empezado a reconocer y pagar cifras diferenciales por afiliado, según grupos de edad, sexo, zona de residencia y otras variables, de modo que el Fosyga (y en última instancia el Estado) había pasado de tener solo funciones reaseguradoras (en caso de eventos catastróficos) a

convertirse en el verdadero asegurador y distribuidor del riesgo financiero, quitándoselo casi por completo a las EPS.

En los incrementos de la UPC del 2009 y el 2010 se corrigieron drásticamente los ponderadores por edad fijados en 1997, para superar errores en el pago diferencial ajustado por riesgo, pues durante los primeros años de operación, las EPS del Régimen Contributivo, que contaban con nuevos afiliados, en su mayoría jóvenes, venían obteniendo grandes utilidades, dado el bajo gasto en salud de estos grupos de edad, mientras que el viejo seguro social, que conservaba prioritariamente las poblaciones de adultos mayores de 60 años y pensionados, recibía recursos *per capita* a todas luces insuficientes para esta población que demandaba cuatro veces más gasto. Al ajustar el pago de la UPC al riesgo real por edad desaparecieron las utilidades multimillonarias de la operación del negocio de aseguramiento, pero simultáneamente surgieron los comportamientos rentistas y en algunas EPS comenzó descaradamente la extracción de utilidades por la puerta de atrás.

### **El regulador atrapado e incompetente [t3]**

Un documento del BID sobre estrategias de modernización del Estado señala en su inicio:

[...]El diagnóstico histórico reconoce la existencia, con diferencias entre los países, de un “déficit democrático” que, en ocasiones, se ha expresado en fenómenos de autoritarismo, clientelismo, populismo, corrupción y captura de las instituciones y políticas públicas por intereses particulares, que han conducido a intervenciones estatales desincentivadoras de un funcionamiento eficiente del mercado y promotoras del rentismo y la especulación. A la vez, esos mismos fenómenos han impedido que las políticas públicas puedan procesar, agregar y responder a las demandas de todos los ciudadanos, contribuyendo a la exclusión de amplios sectores de la población de los beneficios del crecimiento. (BID, 2003, p. 1) [...]

El párrafo anterior no retrataba el actual SGSSS (aunque ahora este párrafo le serviría como descripción precisa), sino que era utilizado por los amigos de la ortodoxia neoliberal para demostrar que las entidades públicas no pueden ser eficientes y justificar la necesidad de profundizar la privatización. Lo que realmente sucedía en nuestro país (y sigue sucediendo en gran medida) es que las entidades públicas están privatizadas por cuotas y responden a intereses particulares de las empresas políticas. Así, el Legislativo se ha definido como un conglomerado de empresas políticas en cabeza unipersonal del respectivo senador o representante, que aprueban las leyes presentadas por el Ejecutivo a cambio del control de entidades, cargos y contratos que le son indispensables para reproducir la empresa política y reelegirse. Es, por tanto, el régimen político el que condiciona la corrupción en las entidades públicas en diverso grado, entidades que dejan de ser públicas, en esencia, cuando responden solo en segunda o tercera instancia al interés público, después de satisfacer el interés de las empresas políticas, muchas veces compradas por los poderes económicos.

Sin embargo, la salida a esta apropiación de lo público no debería aparentemente dirigirse a profundizar la apropiación o privatización en otras manos, sino a cambiar el régimen político de nuestro país por otro no instalado sobre el clientelismo, la compraventa de votos y el reparto de cargos y contratos del Estado. Es indispensable que lo público vuelva a ser realmente público y responda al interés y las necesidades de todos los colombianos y no de unos pocos, si se quiere rescatar la sociedad, la política, las instituciones y el mismo Estado. Por el contrario, aceptar que las instituciones públicas no pueden ser eficientes ni pueden servir adecuadamente a los ciudadanos llevaría a la absurda conclusión de la necesidad de privatizar el Gobierno mismo (como lo intentara hacer Bolivia al importar para presidente a un gerente procedente de los Estados Unidos que ni siquiera hablaba español).

Pero se impuso en Colombia el proceso privatizador y, a partir de esta apertura, es posible observar su devenir y caracterizar específicamente el hecho de que la privatización de muchos servicios públicos se ha traducido en el arte de atrapar y asegurar un negocio rentable de tres maneras:

- Obtener una renta a partir de un pago obligatorio de los ciudadanos por un bien o servicio.

- Atrapar al regulador para garantizar la rentabilidad del negocio previamente conseguido.
- No ser transparente con la información ni con la rentabilidad para posicionarse mejor en la negociación.

Según Zurbriggen,

[...] Las organizaciones se crean con un propósito deliberado, como consecuencia de la oportunidad (dada por las instituciones), y en el curso de lograr sus objetivos van evolucionando, tratando de alterar las instituciones de manera de favorecer el logro de sus objetivos y constituyéndose en una fuente principal del cambio institucional. Por lo tanto, la interacción entre ambas determina la dirección del cambio institucional, entendido aquí como el modo en que las sociedades evolucionan a lo largo del tiempo, lo que es la clave para entender el cambio histórico. (2005, p. 27)

Pareciera que a los dueños de grandes capitales en Colombia les ha resultado mucho más rentable hacer *lobbying* ante el Estado para obtener negocios rentables (en los cuales los ciudadanos estén obligados a pagar) que asumir esa enorme molestia de tener que salir a vender y competir con productos o servicios en un mercado. De esta manera, la privatización les permitió obtener un acueducto, una empresa de distribución de energía, un oleoducto, una carretera con peaje, un aeropuerto, un servicio de basuras, un fondo de pensiones, una EPS, todos negocios en que los ciudadanos estén obligados a pagar, mejor si son monopólicos u oligopólicos. Es claro que el Gobierno reparte casi todos los grandes negocios del país.

La supuesta asignación eficiente del mercado, postulado fundamental de la economía, no se da sin competencia. La oferta en estos casos queda amarrada. Estas empresas, en lugar de luchar en el mercado por conseguir clientes, tienen ciudadanos obligados por ley a comprarles el servicio solo a ellas. La demanda está también amarrada. Impedidas la oferta y la demanda, no importa mucho la eficiencia y, para asegurar la rentabilidad del negocio, lo fundamental son las buenas relaciones con quienes dictan las normas y con quienes regulan el negocio: los políticos y gobernantes.

En algunos casos incluso se encuentran organizaciones asociativas operando monopolios. La Cámara de Comercio de Bogotá actúa como verdadero monopolio e incluso como Estado. Todas las empresas deben pagarle impuestos y someterse a sus designios. Entre tanto, el monopolio ha estado en libertad de fijar el salario de su presidente al nivel de noventa salarios mínimos de trabajadores, nombrar decenas de vicepresidentes con salarios de empresa transnacional o apoyar y movilizar votos por un partido político, el Conservador en el caso de Bogotá.

En última instancia, estas organizaciones privadas se están convirtiendo en el nuevo Estado, cuanta más posibilidad tienen de fijar las condiciones del servicio, las tarifas y las sanciones. A diferencia del monopolio público, que posibilita el debate político, aquí el ciudadano no tiene participación (salvo eventual y simbólica), pues queda obligado a pagar a esta entidad monopólica que tiene la capacidad de poner condiciones y siempre el poder del chantaje de suspender el servicio. Se pasa de un monopolio público a un monopolio privado. Un sector privado que quiere clientes obligados por ley a pagarle y una rentabilidad asegurada por el Estado a través de mecanismos regulatorios sobre los que influye. En suma, un sector privado al que le gusta más el Estado que competir en el mercado.

Todos los colombianos de la noche a la mañana tuvieron que comprar el 10% del combustible en forma de alcohol a un grupo económico, el mismo que dirigía la información televisiva para favorecer y apoyar el Gobierno de turno. El precio de este carburante, añadido por decreto a la mezcla de los distribuidores de gasolina, se fija en acuerdo con el mismo Gobierno, por fuera del mercado, como lo han denunciado reiteradamente expertos económicos. Los consumidores terminan pagando un precio muy superior al internacional.

Fedesarrollo, por su parte, no duda en calificar el modelo de concesión en Colombia como “una extensión de la obra pública con la que se pueden extraer rentabilidades exorbitantes sin aportes patrimoniales” (*Revista Semana*, 2010). Y agrega:

[ - ] Uno de los puntos que sin duda levantarán más ampolla es el de las renegociaciones, que se volvieron legales después que la ley de contratación fue reformada en 2006, una práctica que el gobierno actual ha utilizado para su política de dobles calzadas, sin contemplaciones técnicas o económicas. Por cuenta de ellas se han beneficiado las más importantes firmas concesionarias del país, que han visto cómo se han multiplicado sus contratos de la noche a la mañana. (*Revista Semana*, 2010) [ - ]

Lo mismo ha sucedido con la prórroga de concesiones petroleras, que no significan otra cosa que la extensión de la ganancia, más allá de la pactada inicialmente en años de explotación concedidos, a cambio de la inversión inicial.

En este punto, conviene describir los mecanismos mediante los cuales se atrapa al regulador. El primero de ellos es, precisamente, la compra del regulador. Por ejemplo, un alcalde entrega a una empresa privada el acueducto de su municipio y esta empresa posteriormente financia la campaña política del exalcalde a una corporación pública. No hay delito en ello. El magistrado del Consejo de Estado, que falla esta demanda, en relación con la presunta desviación de recursos de un servicio público hacia el financiamiento de una campaña política, señalaba que los políticos han aprendido que la privatización de los servicios públicos les es mucho más útil que el modelo anterior de gestión pública, dado que no existen restricciones legales para que estas empresas privadas aporten recursos hacia organizaciones o personas que financian sus campañas, restricciones que sí son claras en la legislación para las entidades del Estado.

Por otra parte, se compran fácilmente congresistas en nuestro régimen político. En el trámite de la Ley 1122, que reformó parcialmente el sistema de salud, un senador denunció públicamente en la Comisión VII que, como él, la mayoría de los congresistas recibían dinero de las EPS o ARS o tenían negocios con estas y ninguno se declaraba impedido para votar

esta ley. Otra congresista declaraba públicamente que la EPS Saludcoop le daba más “puestos” (es decir, le daba trabajo a más gente de su clientela política) que el Gobierno nacional. Otro congresista terminó preso por recibir pagos y órdenes de una EPS para modificar un proyecto de ley. Y estos son solo algunos ejemplos.

El segundo mecanismo es la “puerta giratoria”. Directivos y altos empleados de los grupos económicos transitan con frecuencia hacia cargos en los Ministerios, las superintendencias y las comisiones de regulación. Este sistema de interferencia en el regulador está estrictamente prohibido en otras economías de mercado (nadie que tenga relación con las entidades reguladas puede pasar a trabajar con el regulador y nadie que trabaje con el regulador puede trabajar jamás en las entidades reguladas). Esta prohibición no existe en Colombia, por lo que los regulados siempre han colocado funcionarios en el regulador, quienes, por supuesto, representan los intereses de los distintos poderes económicos, y estos directivos posteriormente transitan de vuelta para recibir el premio por su “gestión” a favor de los regulados (bajar del cielo, según los japoneses). Como muestra adicional, precisamente cuando estos argumentos aquí se exponen, un ex superintendente de Salud acaba de ser nombrado director de Acemi, el gremio de las EPS.

Según el premio Nobel Stiglitz (2010), hoy solo los ilusos afirmarían que los mercados se autocorrigen y que la sociedad puede confiar en el comportamiento autointeresado de los agentes del mercado para asegurar que las cosas funcionan de manera honrada y limpia. La tesis de que lo bueno para Wall Street era bueno para Estados Unidos y para el mundo no fue cierta. La puerta giratoria que les permitió a los líderes financieros estadounidenses pasar con toda naturalidad de Wall Street a Washington (al Gobierno) y volver a Wall Street resultó perversa. Ya se mencionó el documental *Inside Job*, que evidenció cómo asesores de política económica del Gobierno estadounidense y académicos prestantes negaban la existencia de cualquier conflicto de interés al ser pagados simultáneamente por la industria financiera, o transitar alegremente por la “puerta giratoria”. De la misma forma, el Gobierno recién electo en nuestro país ha dejado muy claro que desconoce esta práctica como mala conducta

democrática, pues ha nombrado entre sus ministros y altos cargos gubernamentales a muchas personas procedentes de los gremios económicos.

Con respecto al sector salud, directivos y expertos de las EPS, IPS o sus gremios transitan hacia los más altos cargos o asesorías del Ministerio y la Superintendencia y regresan a sus empresas. Por ejemplo, pese a que la Ley 1122 señaló que la Comisión de Regulación (CRES) estaría conformada de ternas enviadas por entidades como la Asociación Colombiana de Universidades, centros de investigación en salud, centros de investigación en economía de la salud, asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de usuarios debidamente organizados, el decreto reglamentario expedido por el Gobierno, en franca contradicción con el espíritu de la ley, permitió que los regulados propusieran candidatos a la CRES como la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), con su poderosa Cámara de la Industria Farmacéutica, o la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), que agremia a las EPS.

Así mismo, cuando se expidieron los decretos de la emergencia social, mediante los cuales el Gobierno del presidente Uribe pretendió por vía autoritaria reducir la cobertura del sistema de salud a un mínimo, reforma que generó una gran protesta social y fue finalmente frenada por la Corte Constitucional, la prensa denunció ampliamente que entre los autores de estos decretos figuraban un grupo de asesores pagados por las EPS. Es decir, se permitió, sin rubor alguno, que las entidades reguladas participaran en un proceso regulatorio hecho a su conveniencia. Se trata de la famosa puerta giratoria proscrita internacionalmente para evitar que las empresas legislen en su propio beneficio. Las formas de regulación que incluyen este mecanismo en el Sistema de Salud acaban siendo percibidas como acuerdos entre el Estado y “el mercado” en contra de los ciudadanos.

Desde 1993 a la fecha, las EPS han logrado controlar gran parte de la normatividad del sector salud a su conveniencia, a veces incluso para burlar los derechos de sus afiliados. Un ejemplo vergonzoso fue la expedición del Decreto 47 del 2000, cuando el Gobierno utilizó las facultades de intervenir el Sistema (supuestamente creadas para defender los derechos de los

usuarios), para quitarle el derecho a la licencia de maternidad a las mujeres que no llevaran un número de meses cotizando, norma que significó en la práctica una discriminación contra la mujer embarazada, que afecta su derecho al trabajo y persigue al niño antes de nacer. En este caso, violaron flagrantemente la constitución y el Código Laboral por vía de un decreto del Ministerio de Salud, como lo ha reconocido en su jurisprudencia la Corte Constitucional.

Otra lesiva intervención mediante la reglamentación del Sistema, para los trabajadores colombianos afiliados al Régimen Contributivo y sus familias, fue la invención de la pérdida de antigüedad, no contemplada en la Ley 100 y verdadera argucia normativa con todos los visos de ilegalidad e inconstitucionalidad. La norma estableció que se requería un periodo de carencia (hasta un año de afiliación) para que los beneficiarios de los cotizantes del Régimen Contributivo, nuevos en el SGSSS, pudieran acceder a tratamientos de alto costo, de modo que no resultaran una carga desmedida para las EPS al inicio de la operación del Sistema, por causa de tratamientos represados. Con esta concesión a las empresas que entrarían a manejar el aseguramiento, se evitó una práctica mucho más lesiva: la aplicación de preexistencias, que se constituyen en causa definitiva de negación del derecho a la atención en salud en las empresas de seguros y medicina prepagada.

Se consideraba que todos los ciudadanos serían antiguos tras el periodo inicial de arranque del SGSSS, pero luego las EPS, con la complicidad del regulador, inventaron la figura de la pérdida de antigüedad en el Sistema y, por tanto, aplicaron de nuevo y repetidamente los periodos de carencia, cuando se daban interrupciones de la afiliación, mecanismo que no estaba contemplado en la ley inicial. ¿Con qué base legal un trabajador que ha cotizado veinte años al Sistema haciendo solidaridad con los demás colombianos puede perder su antigüedad y por tanto sus derechos en un momento de crisis económica? Tan útil y efectiva resultó la norma para controlar el gasto de las EPS, en un país de baja estabilidad y fidelidad en el empleo, que el Congreso no tuvo otro remedio que reducir dichos periodos de carencia en la Ley 1122, para atenuar la violencia sobre los ciudadanos, originada en la negación permanente de los servicios por la pérdida de antigüedad, pero sin cuestionar de fondo tan nociva e ilegal invención.

El esquema para atrapar al regulador se completa con el poder de presión y de convencimiento, zanahoria y garrote de los poderes económicos sobre funcionarios del regulador: presión mediante la amenaza de suspender el servicio público para negociar mejor rentabilidad, como sucedió con los transportadores de Bogotá; presión por los medios de comunicación, propiedad de los grupos económicos o con el arma de aumentar o suspender la pauta publicitaria; presión mediante actuaciones jurídicas de frente u ocultas. Una EPS sancionada por la Superintendencia demandó al superintendente por un monto mayor a la sanción recibida, de cientos de millones de dólares. Finalmente, trabajadores sin estabilidad laboral alguna en el Ministerio, la Superintendencia o el Instituto de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (Invima) saben que el día de mañana tendrán que trabajar para las EPS o las compañías farmacéuticas, lo que no será posible si ejercen con firmeza su capacidad regulatoria o sancionatoria, por lo que su futuro económico y el de sus familias pueden depender de portarse “bien” con los regulados.

Por último, para garantizar la rentabilidad de los negocios basados en servicios públicos y, por tanto, obligatoriamente controlados por el Estado, las empresas prestatarias o delegatarias manipulan la información indispensable para que la entidad de Gobierno o la comisión de regulación tome decisiones, especialmente aquellas relacionadas con la tarifa que se pagará o autorizará por sus servicios. Esto es posible porque el regulador no cuenta con sistemas de información autónomos y depende en forma por demás “humillante” de la información que proporcionan los regulados. Se manipula la información sobre costos de operación, al tiempo que se oculta la información sobre ganancias colaterales del negocio.

Por supuesto, la debilidad e incompetencia del regulador y de sus funcionarios (si no son francamente comprados o coaccionados) es condición indispensable del juego para obtener ganancias. Por ejemplo, fueron denunciados en el Congreso de la República los cálculos de las tarifas de los servicios de las empresas de energía eléctrica, pues la Comisión de Regulación de dicho sector permitió incluir en el cálculo de la tarifa impuestos que las empresas en realidad no pagaban, por haber obtenido del mismo Estado múltiples

deducciones previamente. De la misma forma se contabiliza la inversión en equipos en el cálculo de la tarifa en sistemas de transporte público, inversión que se amortiza en un número determinado de años, aun cuando después de amortizado se prorrogue el contrato, por muchos más años, sin ninguna inversión adicional.

La Universidad Nacional señalaba a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), las limitaciones de la información disponible para el cálculo de la UPC para 2011:

[...] Es indispensable precisar que la información recopilada de la base de servicios, de recobros, de tutelas y CTC, así como las declaraciones de gastos de los representantes legales de las EPS y los estados financieros de las EPS proceden de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado; es decir, las EPS se constituyen en la única fuente de información disponible en la práctica para realizar la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos no brinda la posibilidad de contrastación empírica. Esta característica crea un reto futuro tanto para el análisis como para la tarea de rectoría del Sistema, en tanto debe generarse un proceso que permita contrastar la información de prestadores y aseguradores acercándose a un modelo dinámico que opere en tiempo real, en lugar de un conjunto de registros con amplio retraso y proveniente de una sola fuente. (Universidad Nacional, 2011, p. 23)

[...]

Y agrega, a pie de página.

[...] En su propuesta técnica y en los documentos metodológicos iniciales, el equipo de la Universidad Nacional de Colombia consideró necesario validar la información presentada por las EPS mediante equipos de auditores en aquellos casos en que se observaran valores extremos en las bases de datos de servicios tanto en frecuencias como en costos de los servicios, para comprobar las causas de las grandes

desviaciones. Sin embargo, este procedimiento fundamental no se pudo llevar a cabo y por sugerencia de la Interventoría se substituyó por una verificación de suficiencia de los archivos y retroalimentaciones con las EPS en los casos en los que había problemas en la estructura de los archivos que contenían las bases de datos. Por supuesto esta variación metodológica no permitió validar los contenidos mismos de la información y se dejó constancia de que el análisis partiría de aceptar la buena fe en la información reportada. (Universidad Nacional, 2011, p. 23) [-]

En septiembre de 2011, producto de una investigación de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), fueron sancionadas con una multa de 15.000 millones de pesos Acemi y 14 EPS. Señala la Superintendencia que uno de los cargos que les tiene a estas instituciones es formar el “cartel” de las EPS “para ocultar y falsear la información remitida a los entes reguladores”, es decir, creado para engañar al regulador. La SIC señala también que el cartel se conforma para “determinar uniformemente cuáles de ellos [o sea, de los servicios] serían suministrados a los afiliados y cuáles de ellos serían negados” (Resolución 46111 del 2011).

Y evidencia definitiva sobre el grave problema de regulación está surgiendo en la actualidad. Los resultados del nuevo censo de población parecen confirmar que el Sistema habría reconocido a las EPS del Régimen Subsidiado aproximadamente dos millones de afiliados que no existen, durante los últimos diez años. Si se tienen en cuenta los reportes de cobertura (UPC pagadas) que presenta anualmente el Ministerio de Salud, el pago por el aseguramiento de personas inexistentes alcanzaría un monto cercano a los catorce billones de pesos de 2018, déficit que, justamente, muestra el presupuesto nacional aprobado para el 2019 y que equivale igualmente al resultado agregado de las dos últimas reformas tributarias.

**La lógica de la mercancía en lo más profundo de los servicios de salud. Hospitales convertidos en entidades comerciales [t3]**

La delegación del Estado a las EPS de sus responsabilidades directas en la provisión de los servicios de salud de los ciudadanos se replica múltiples veces (en un SGSSS intensivo en contratación) mediante contratos y subcontratos, a lo largo de la cadena de instituciones del sector que trasladan una y otra vez la responsabilidad final de la atención.

En el proyecto del *ranking* de EPS e IPS, realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional para el Ministerio de Protección Social (CID, 2010), se muestra cómo las instituciones hospitalarias pasaron de un modelo de producción industrializado de servicios a un modelo en el que funcionan como comercializadoras o intermediarias de estos. Esta intermediación supone un nuevo traslado del riesgo, mediante la subcontratación con otras empresas más pequeñas, ubicadas al interior o exterior de cada centro hospitalario.

Plantea el CID que no era posible seguir evaluando la garantía de integralidad y complementariedad de los servicios, cuando estos ya no se realizan bajo la responsabilidad de una única entidad jurídica:

[ - ] El planteamiento de fondo es que no se puede exigir la complementariedad e integralidad, indispensables para la calidad y seguridad de la atención, bajo una misma persona jurídica, dada la generalización de esta política de subcontratación. En este caso la complementariedad e integralidad de los servicios quizás deberían ser evaluadas *bajo un mismo techo*. (CID, 2010) [ - ]

A esto se puede lo siguiente:

[ - ] Llevando este modelo al extremo, aunque no exista aún tal extremo en la práctica, se podría comparar este hospital con múltiples servicios subcontratados, más con un

centro comercial que con una empresa productiva. El objeto social de la IPS continente sería la comercialización de servicios (compra a las IPS contenidas para vender en conjunto a aseguradores, otras entidades y pacientes), actividad que le dejaría un margen de utilidad sin asumir mayores riesgos. Al parecer esta tendencia a no asumir riesgos se está convirtiendo en una característica frecuente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto a nivel de aseguradores como de prestadores, pero esta tendencia puede crear al mismo tiempo un sinnúmero de intermediarios que obtienen un margen y trasladan el riesgo sin agregar mayor valor, con lo que finalmente se reducen significativamente los recursos para la prestación efectiva de los servicios de salud.

Según la teoría económica, una empresa se crea cuando resulta más económico montar el proceso de producción y contratar a los trabajadores (para elaborar el bien o prestar el servicio) que comprar el bien o servicio ya elaborado por otra empresa. Por esa misma razón, cuando no se producen los servicios misionales y se reduce la institución a comprar a unos y vender a otros tales servicios, se cambia el objeto social de producción de bienes o servicios por el de comercialización de bienes o servicios.

La pregunta que queda en esta situación extrema es ¿Que se está evaluando, los servicios producidos o los servicios comercializados, una empresa productora de servicios o una empresa comercializadora de los mismos? En la primera condición, la calidad se relaciona estrechamente con la infraestructura y los procesos; en la segunda, por el contrario, tiene que ver con los mecanismos de agenciamiento, control y aseguramiento de la calidad de los servicios comercializados.

Tristemente, este mecanismo de subcontratación de servicios por parte de los hospitales, tanto públicos como privados, sigue siendo fomentado por el Estado (Ley

1438 del 2011)<sup>9</sup> con el fin de evitar los costos laborales. Ni los servicios son realmente prestados por los hospitales, ni los médicos y enfermeras son empleados de los mismos, sino meros contratistas. Quedan sin duda algunas preguntas abiertas: ¿Quién asume el riesgo finalmente? ¿Cuántos recursos llegan finalmente para los afiliados al Sistema después de tantas intermediaciones que extrajeron su porcentaje y subcontrataron a su vez? ¿Quién responde por la calidad y ante los resultados adversos en la salud de los pacientes?

Este tipo de arreglo institucional, totalmente comercial, no sería posible en países donde se exige con toda firmeza responsabilidad civil a los hospitales por los actos médicos, como el mismo EE. UU. Si bien el neoliberalismo ha propiciado la transición del régimen fabril a régimen empresarial, esta transición encuentra fuertes límites en países desarrollados en la ética y el derecho, pues sabe de antemano que todas las demandas estarían ganadas contra hospitales que no asumieran responsabilidad alguna sobre los servicios que prestan, ni sobre las personas que los prestan. (Martínez, F., 2016, pp. 74-75) [-]

Muy pronto en el desarrollo de la normatividad del Sistema se hizo la transición de un seguro todo riesgo (modelo del Instituto de Seguros Sociales) a un seguro de contenidos explícitos, con la expedición de unas resoluciones con listas restringidas de procedimientos y medicamentos del Plan Obligatorio de Salud. Tal decisión se originó en la precisión contractual exigida por los aseguradores privados y redujo el derecho a la salud de los colombianos a un manual de procedimientos (y un listado de medicamentos) basado en el viejo manual de tarifas del de Seguro Social, para la contratación entre aseguradores y prestadores.

---

<sup>9</sup> Artículo 59°. OPERACIÓN CON TERCEROS: Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad.

El objetivo de los aseguradores fue controlar la autorización de la prestación de cada servicio detalladamente, para frenar el gasto por este mecanismo. El efecto en la contraparte contractual, las clínicas y hospitales, fue convertir en mercancía de fácil facturación cada servicio de salud detallado (dado que la rápida circulación o valor de cambio es la condición intrínseca de una mercancía) para poder facturar rápidamente y lograr liquidez en la ejecución de los contratos. Todos los servicios están sujetos a autorización y facturación previa, lo que acaba significando siempre la dilación de estos. La crítica más dura al Sistema no es aquella que repite *la salud es un derecho, no una mercancía*, sino la que define al Sistema mismo, no como un sistema de salud, sino como un *sistema de facturación*.

Pero aun cuando los ciudadanos logran salir de una EPS con el papel de la autorización u orden de servicio en la mano, se ven enfrentados en innumerables ocasiones con agendas cerradas en las clínicas u hospitales (dado que el contrato con la EPS establece un valor o número de servicios máximo para el mes), por lo que son rechazados y se les indica que deben regresar a solicitar el servicio el primer día del siguiente mes, temprano en la mañana, momento en que se reparten las pocas citas disponibles para el correspondiente periodo. O bien, lo que es más frecuente, se encuentran con la negación del servicio porque la EPS no ha pagado las deudas a la IPS. Lo grave es que, en ocasiones, la clínica u hospital que les niega el servicio es la única institución de mediana o alta complejidad que ofrece la EPS en una región determinada y la gente se ve obligada a desplazarse hacia ciudades lejanas (si cuenta con los recursos) para no quedarse sin atención.<sup>10</sup>

Se entendería que la remisión de un paciente consiste en programar y conseguir la atención que el médico le ha ordenado en la clínica u hospital correspondiente, agenciando debidamente las necesidades del usuario y no simplemente como el proceso administrativo

---

<sup>10</sup> El Hospital de Girardot fue entregado en concesión a una empresa privada y en el 2017 tuvo cerrados los servicios por muchos meses a la EPS Convida, a la que estaba afiliada la mayoría de la población de la región. Pero ejemplos como este se repiten por todo el país.

de expedir una orden escrita, dejando al afiliado la responsabilidad de conseguir en dicha institución la atención que requiere.

Las consecuencias que se derivaron de tan intensa mercantilización de los servicios son, por una parte, la duda permanente sobre la cobertura y o posibilidad de autorización o facturación de tal o cual procedimiento o insumo incluido en el plan (manual de tarifas), dado el permanente cambio tecnológico, y, por otra, la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio (atributos de la calidad en salud), dada la necesidad de autorización y facturación detallada de cada actividad y procedimiento. No parecen ajustarse a esta lógica de rápida circulación (como lo hacen los medicamentos o los procedimientos diagnósticos) los largos procesos de rehabilitación ni los complejos mecanismos de atención para pacientes crónicos. Más bien, los enfermos debieron ajustarse a las necesidades del mercado y se vieron en la obligación de demandar repetidamente autorizaciones de servicios.

Aun después de la expedición de la Ley Estatutaria de la Salud, en 2015, que eliminó la barrera que constituía el Plan de Salud detallado mediante las listas de procedimientos y medicamentos y reivindicó la autonomía de los médicos, que ya no podrían ser coartados en su ejercicio profesional por IPS o EPS, el sistema de autorizaciones y facturación previa sigue vigente y constituye el más grande obstáculo que enfrentan los ciudadanos para acceder a los servicios.

Las eternas trabas burocráticas (directas o indirectas) para controlar el gasto no serían un problema si se tratara de servicios en los que no está en juego la salud y la vida, como repetidamente ha señalado la Corte Constitucional. Las demoras y negaciones de atención médica indispensable causan mayor angustia y dolor a los ciudadanos y sus familias que las originadas en cualquier otro servicio público o agencia del Estado, por ello el sector salud encabeza la proliferación de tutelas por violación de derechos de los colombianos.

Puede verse con mayor claridad cómo la intensiva mercantilización se traduce en violencia contra los ciudadanos en el ejemplo del transporte de pacientes. Las ambulancias son ahora privadas (en gran proporción) y trabajan para una institución determinada, por lo que la mayoría de las veces pasan de largo frente a personas “tiradas en la calle” que requieren transporte de urgencia por enfermedad o accidente a un hospital, como pasaban de largo los carros de bomberos de las compañías de seguros en el siglo XVIII si la casa incendiada no tenía la identificación de “protegida por” su compañía. Esto, por supuesto, tampoco se permite en países con algún grado de responsabilidad de la organización social, pues, por más capitalistas o “pro mercado” que sean, cuentan con servicios de emergencias públicos (bomberos y ambulancias) que protegen a todos los ciudadanos por igual.

Más grave aún resulta el hecho de que algunas clínicas privadas pagan comisión a una serie de ambulancias *freelance* por cada paciente de accidente de tránsito llevado a su institución, dado que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito es mejor pagador que las EPS. Los conductores trasladan los pacientes hacia la clínica que les paga la comisión, sin importarles que esta quede al otro extremo de la ciudad y que haya otras instituciones mucho más cercanas para atender el herido. Por supuesto, prevalece el negocio, y ante la posibilidad de ganar una comisión, poco importa que la demora en la atención de la urgencia empeore el pronóstico o incluso pueda causar la muerte del paciente. Adicionalmente, los conductores, informados por radio de cada accidente de tránsito, se lanzan a grandes velocidades por las calles de las ciudades para que la competencia no les quite el “cliente” y, debido a ello, también causan serios accidentes de tránsito.

Otro ejemplo dramático es el de un hospital público en la capital, cuya administración obtuvo el premio de Calidad en el 2002 por parte del Centro de Gestión Hospitalaria. Su destacada gerencia decidió (por ese entonces) cerrar los servicios de medicina interna y atención a los ancianos, pues no le resultaban “rentables” con la tarifa “prospectiva” o global que había fijado para su atención la Secretaría de Salud de Bogotá. Una y otra vez se demuestra que no existe límite ético en el SGSSS que impida colocar la rentabilidad de los negocios por encima de la vida y la salud de los ciudadanos. De hecho, la “eficiencia” de las instituciones se mide

en los resultados financieros anuales y no en los beneficios obtenidos por los ciudadanos. Tal es el efecto de tan intensa mercantilización.

**Los ganadores reales en este mercado. La captura de los recursos de la salud por parte de los negocios con alto margen de rentabilidad [t3]**

Por supuesto, hay algunos espacios en el sistema de salud donde se ha concentrado la rentabilidad de los negocios. Señala el Ministerio de Salud en este sentido que

[...] Existe evidencia [de] que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios. (Ministerio de Salud, 2013)

Así mismo, es importante destacar lo siguiente:

[...] Se ha dado en denominar *presión tecnológica* a las estrategias de mercado de las empresas transnacionales de medicamentos y tecnologías médicas. Estas estrategias se intensifican cuando existen grandes fondos de seguridad social contra los cuales dirigir su accionar estratégico, con la capacidad de presión mediante el *lobbying* y el respaldo del poder de las naciones desarrolladas, a través de sus cuerpos diplomáticos, más la negociación de los tratados de *libre comercio*, con énfasis en la *propiedad intelectual* y la *libertad de precios*. [estos conceptos se destacan en bastardilla por su poderoso valor ideológico en el modelo económico-político]

En los últimos años se han destacado las estrategias de búsqueda de aprobación por parte de los Gobiernos de las llamadas *patentes débiles*, con el objeto de prolongar los derechos de comercio monopolístico de medicamentos innovadores, y la intención de lograr igualmente de los Gobiernos la prohibición de replicar los medicamentos biotecnológicos. Los mecanismos de *lobbying* para conseguir la libertad de precios, e incluso el poco ético financiamiento de médicos y asociaciones de pacientes para defender las nuevas estrategias de negocio (patentes y biotecnológicos) y para lograr que el Fondo de la Seguridad Social pagara medicamentos innovadores no incluidos en el Plan de Beneficios, resultaron exitosos y llevaron al SGSSS a una verdadera crisis financiera en 2010. (Martínez, 2016, p.77) [-]

Esta es la otra cara de la regulación, que incluso favoreció en una etapa la libertad de precios de medicamentos para favorecer a las compañías trasnacionales, hasta que las razones fiscales y la necesidad de defender la gobernabilidad pesaron más que otros aspectos del modelo económico.

Según la Contraloría General de la República,

[-] Diversos sectores coinciden en afirmar que el crecimiento dramático y desmesurado de los recobros al Fosyga por medicamentos y otras prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) constituye uno de los factores determinantes en la crisis social y financiera del sector salud considerando que entre los años 1997 a 2000 los recobros alcanzaron la suma de \$4244 millones, que en el 2002 pasaron a \$56.174 millones y llegaron a \$2.236.120 millones el año 2010 ya sea por vía tutela o los denominados Comités Técnicos Científicos (CTC).

[...]

Así mismo, la implementación de políticas de desregulación y liberalización en los precios de medicamentos, pudiera constituir uno de los principales fenómenos

generadores de la afectación a las finanzas públicas, considerando que mediante la expedición de cuestionables circulares a partir del año 2004 por parte de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, esto es, Circular 01 de 2004 y Circular 04 de 2006, paso medicamentos oncológicos y monopólicos, a una discutible libertad de precios que eventualmente no consultó el impacto a futuro en la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sumado a lo anterior la evidente debilidad de los mecanismos de inspección, vigilancia y control de entonces, bien pudieron dar lugar al actuar de una industria de recobros, la cual quedó en evidencia a partir de las investigaciones adelantadas desde la Contraloría General de la República y Fiscalía General de la Nación a partir del año 2011. (Contraloría General de la República, 2012, p. 54) [-, dos párrafos]

La desregulación llegó a tal ridículo, que el Sistema acabó pagando los medicamentos a precios muy superiores a los de muchos países desarrollados, especialmente medicamentos con patente vigente, cuyas farmacéuticas afirman que (en virtud de su monopolio) están en libertad de fijar el precio que quieren. Para los medicamentos no POS que son recobrados al Fosyga, también el Sistema es el pagador único, de modo que era dable responder a la pretensión de un monopolio con la fuerza de otro monopolio. Sin embargo, cuando el Ministerio decidió iniciar tímidamente la regulación de precios o declarar de interés público algún medicamento, comenzó a ser acusado de actuar ilegalmente en contra de la propiedad intelectual y la libertad de precios contemplada en los “tratados de libre comercio” (que para este efecto actúan más exactamente como tratados de restricción del mercado y la competencia) y recibió la presión diplomática de las naciones poderosas.

Señala el Ministerio en su informe al Congreso de 2014:

[-] Con frecuencia los precios locales siguen estando por encima de los precios internacionales, lo que resalta la necesidad de replantear la política de precios, basada en referenciación internacional, por lo cual, a través de la Comisión Nacional de

Precios de Medicamentos, se expide la Circular No. 03 de 2013, por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional. [-]

Este fue un paso regulatorio en dirección correcta 24 años después de expedida la Ley 100 de 1993 y 20 años después de iniciados los recobros contra el Banco del Sistema. Sin embargo, resulta también poco menos que absurdo el respeto a la “libertad de precios del mercado” que lleva al sinsentido de que el banco del Sistema (antes Fosyga, hoy Adress) pague por el mismo medicamento (no incluido en el plan que se cancela a las EPS con la UPC, generalmente de muy alto costo) valores con diferencias de precio millonarias (hasta de un 50%) a distintas EPS, valores que, a su vez, son cobrados a las EPS por las IPS de alta complejidad, los laboratorios o los distribuidores de medicamentos. Cada entidad maneja los márgenes de utilidad a su acomodo y el número de intermediarios multiplica el costo del medicamento. El negocio resulta mejor cuanto más descarada sea la entidad que recobra al Fondo del Sistema. Así ha sido siempre el marco regulatorio, para tragedia de los recursos de la salud y para beneficio de los más “vivos” empresarios de la salud. Un documento reciente de la Gerencia del Adress expone en detalle las diferencias de precios y recomienda regular los valores máximos de recobro, lo que ha debido hacerse desde que se abrió la puerta de los recobros en 1997. Dados los billones recobrados anualmente, esta “libertad de precios” ha significado un costo también billonario en los veinte años transcurridos, dineros que gasta a manos llenas el mismo Estado que no permite comprar un lápiz sin tres cotizaciones, para comprobar que no haya *detrimento patrimonial* en las entidades públicas.

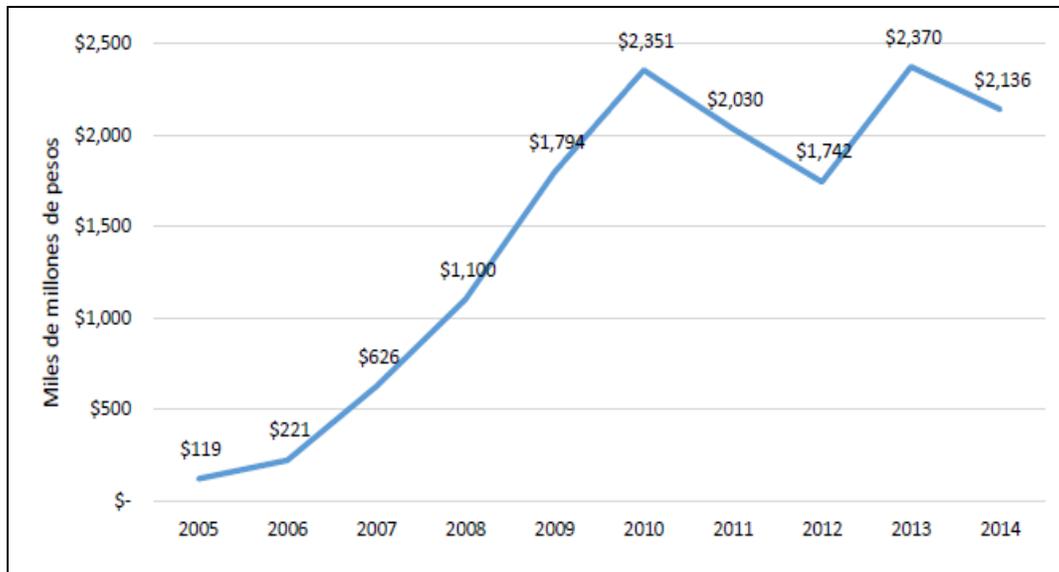
El Ministerio de Salud, en la exposición de motivos del proyecto de Ley 1122 de 2011, para reformar la Ley 100, señala:

[-] En 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción [...]. Aumentos en la carga de enfermedad y

en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita.

Las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son también factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos [sic] entran al mercado cada año, según cifras del Invima. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año (Fosyga 2012). (Ministerio de Salud, 2013) [-]

#### **Gráfico 1. Tendencia de los recobros por tecnologías no POS. Colombia 2005-2014**



Fuente: Bardey y Buitrago (2017).

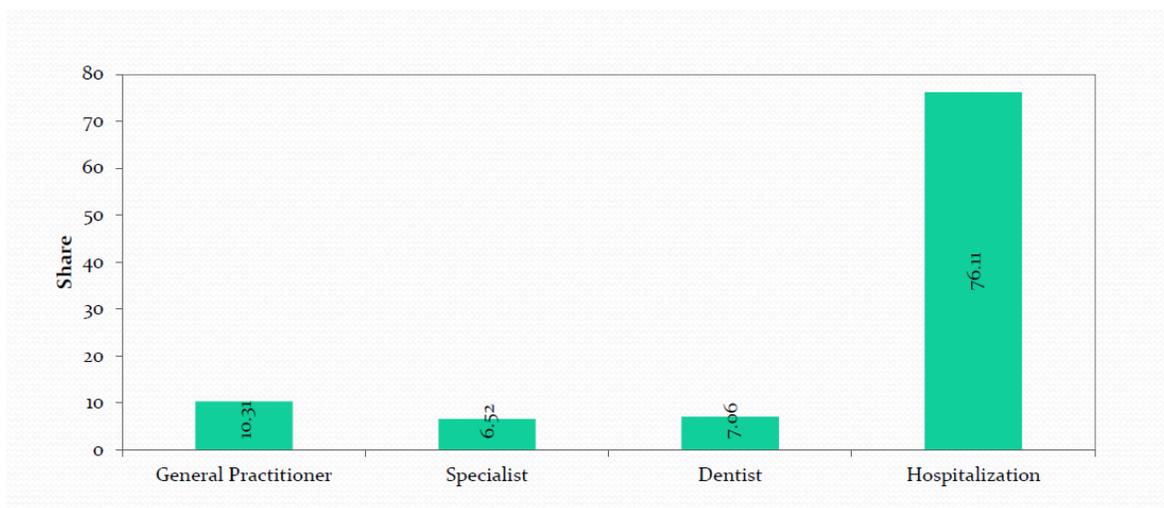
Por otra parte, en relación con la presión sobre el gasto que ocasiona la incorporación de otras tecnologías médicas (equipos e insumos de alta tecnología), el Ministerio de Salud y Protección Social señala:

[...] Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS). (Ministerio de Salud, 2013) [...]

Y en otro pasaje del proyecto de ley, afirma el Ministerio:

[...] Esta situación está relacionada con la desconfiguración del sistema hospitalario. Para posibilitar condiciones de competencia y merced a la debilidad del sistema de habilitación de IPS. Se generaron incentivos [sic] para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad. Esto ha llevado al cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna. Igualmente origina el crecimiento de las unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagenología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutivez final del sistema hospitalario. (Ministerio de Salud, 2013) [...]

**Gráfico 2. Composición de la Inversión pública en salud 2010**



Fuente: Ruiz y Zapata (2015).

En conjunto, se presenta un incremento muy notorio del gasto en instituciones de alta complejidad, en desmedro de los servicios básicos, al tiempo que se concentra el gasto en

servicios hospitalarios y se restringe la atención ambulatoria, comportamientos que constituyen el peor escenario para los sistemas de salud.

En el mismo sentido, señala el Ministerio de Salud que:

[...] Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios. Esta situación puede reflejar desequilibrios en el Sistema y algunos estudios muestran que los hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores. (Ministerio de Salud, 2013) [...]

Así, se puede afirmar que

En suma, el gasto en salud, mediado por el mercado, acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en clínicas y hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social. (Martínez, F., 2017). Para un empresario de la salud resultan mucho más rentable la atención de dos pacientes hemofílicos que la atención básica de dos mil afiliados en un centro de salud. ¿Qué se puede esperar, entonces, de tal estímulo económico?

El enorme gasto en medicamentos innovadores y tecnologías de alto costo, la gran mayoría poco eficaces, se concentró adicionalmente en clínicas privadas de alta complejidad, que solo atienden población de altos ingresos afiliada a las EPS que tienen asociado el negocio de la medicina prepagada. Por el mecanismo de la tutela y mediante el recobro al Fosyga (hoy

Adress), se les abrió la puerta a estos negocios para extraer los fondos públicos adicionales de la seguridad social, generando una especie de solidaridad al revés, que transfiere recursos de la población general a la población más pudiente. Cada día estas instituciones crecen más y absorben más recursos de la seguridad social, mientras persiste la escasez de financiamiento para los servicios básicos y de mediana complejidad, especialmente los dedicados a la población pobre, donde las crisis financieras de los hospitales son pan de cada día. De esta forma se configura el peor escenario posible para un Sistema de Salud.

Mención especial merece la política de *modernización hospitalaria* en lo relativo a su efecto sobre los trabajadores del sector salud. Se señaló previamente que el modelo económico-político se ha construido contra el mundo de los derechos sociales y laborales. Como señala Alonso:

[...] Las políticas gubernamentales, como los discursos hegemónicos de los medios de comunicación, aceptaron de manera absoluta los dogmas habituales de la inevitabilidad de los mercados y de la necesidad de todo tipo de sacrificios crecientes de la población trabajadora para asegurar márgenes de beneficio. (2018, p. 89) [...]

Los trabajadores del sector salud fueron sacrificados en nombre de la eficiencia de las nuevas empresas sociales del Estado. La política de tercerización laboral se aplicó masivamente para reducir los costos laborales.

Según el pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil y la Gran Junta Médica Nacional:

[...] El modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado y la descentralización transformaron las condiciones laborales del sector salud en un campo complejo y dinámico, donde confluyen y se superponen

diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano, la mayoría de ellos fundamentados en la tercerización laboral ilegal, la contratación por prestación de servicios y a destajo, lo que ha terminado afectando negativamente las condiciones laborales y el ejercicio profesional. Así, la gestión del recurso humano se ha enfocado más en mejorar la productividad y controlar el gasto de las instituciones en el corto plazo, que en desarrollar políticas institucionales de largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas y la garantía de los derechos laborales de los trabajadores.

La masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los *tercerizó*, o los convirtió en contratistas de servicios, constituyó una clara violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos. Los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en el sector salud han sido claramente declarados fuera de la ley por la Corte Constitucional, pero la situación sigue sin modificarse. (Sociedad Civil y Gran Junta Médica Nacional, 2018) [-]

Para finalizar esta sección sobre los efectos de la delegación del servicio de salud a agentes privados y los sistemas intensivos en contratación, cabe citar un estudio del Instituto de Medicina Tropical de Ámsterdam:

[-] La investigación sugiere que la subcontratación es una alternativa aceptable a la de los recursos públicos si se cumplen las siguientes condiciones: a) que exista competencia real entre proveedores privados, sólidos y competentes, b) que haya adecuada capacidad gubernamental para evaluar las necesidades y negociar y monitorear los términos de contratación y c) que exista un ambiente político y legal que haga respetar las regulaciones y permita resistir el clientelismo y la corrupción. En países industrializados es claro que “el éxito... del mercado administrado

dependerá en última instancia de la mejora en la organización subyacente, la estructura y el funcionamiento del sector público” [Broomberg, 1994]. Con base en estos criterios, los únicos escenarios en países en desarrollo en donde el monitoreo podría ser efectivo son los centros urbanos en unos pocos países de ingresos medios, con elaboradas estructuras políticas y administrativas y competencia real entre proveedores. Aparentemente Colombia no es un miembro de este club. (De Groot, De Paepe y Unger, 2007, p. 114) [-]

Cabría agregar una variable que estos estudiosos holandeses no consideran: la gran inequidad de la sociedad colombiana y el hecho comprobado de que en sociedades muy inequitativas, caracterizadas por oprobiosas diferencias en el ingreso y, por tanto, en el acceso a bienes y servicios esenciales y no esenciales, donde conviven grandes riquezas y grandes miserias, inevitablemente florece la cultura del atajo y la delincuencia, que se convierten en ruta de escape a la pobreza estructural, de la que es casi imposible salir mediante el esfuerzo y el trabajo. La cultura de la ilegalidad, para lograr ascender con rapidez en una escalera social muy vertical, impregna la sociedad, los negocios y la política, pero se destaca especialmente en las relaciones entre Estado y empresarios, donde florece el rentismo. Como señala Zurbriggen (2005): “Los buscadores de renta, que usufructúan de las rentas generadas por la desviación de los recursos públicos, reproducen comportamientos oportunistas y egoístas en favor de los intereses particulares de ciertos grupos específicos y en contra de los intereses colectivos de la comunidad como un todo”.

En sociedades muy desiguales e injustas definitivamente no se dan las condiciones para el funcionamiento *virtuoso* del capitalismo, definidas por Max Weber (2003 [1905]): un estricto cumplimiento de normas y contratos y comportamiento basado en razones morales, que permite muy bajos costos de transacción, condición *sine qua non* para la eficiencia del mercado (el Dios detrás de Smith). Por ello, la privatización de un servicio público, que da lugar a sistemas intensivos en contratos, en una sociedad muy inequitativa, se acaba convirtiendo, por el contrario, en múltiples oportunidades de ilegalidad, lucro poco ético o delincuencia franca, es decir, en altísimos costos de transacción, el retrato institucional que

se ha presentado. “El vivo vive del bobo”, reza un adagio popular, lo que no significa otra cosa que la reivindicación del irrespeto a los demás ciudadanos, la negación de una sociedad de iguales, el desconocimiento de la propiedad social de los recursos y la justificación de la apropiación de bienes de un servicio público.

## LAS DECISIONES ECONÓMICAS SON DECISIONES POLÍTICAS. LA LUCHA POLÍTICA Y LEGAL PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES O MANTENERLAS [T2]

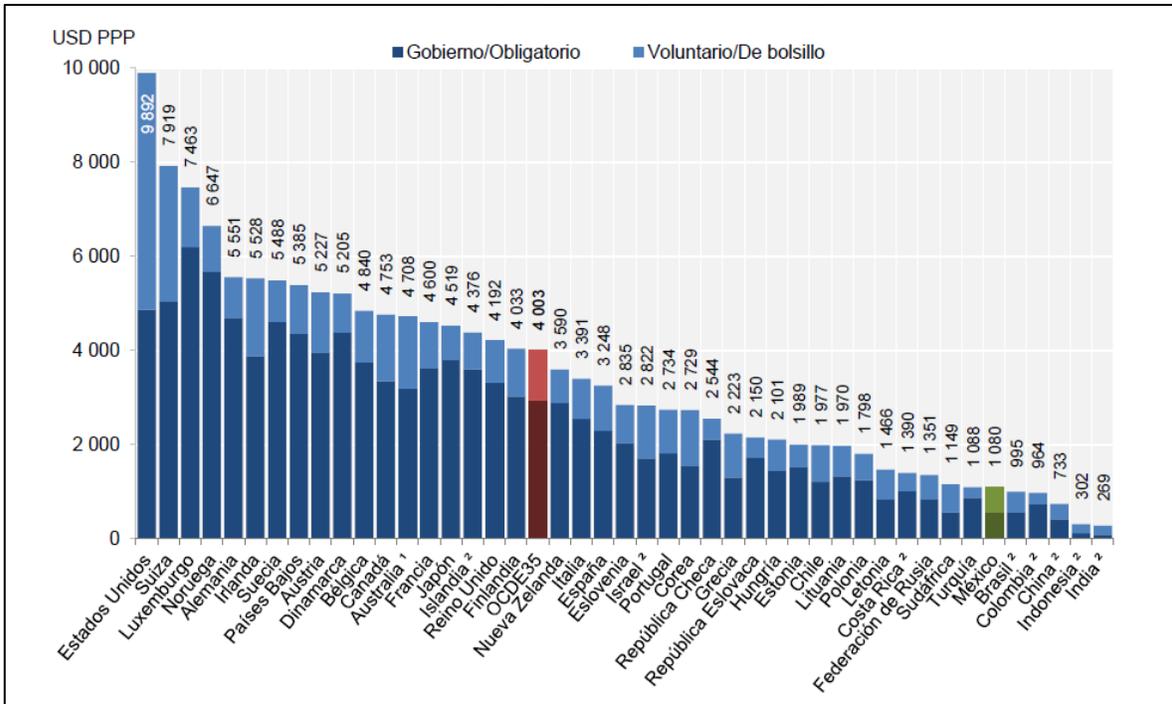
### **El Gasto en salud [t3]**

Colombia, después de 23 años de la puesta en marcha del SGSSS, presentaba uno de los gastos *per capita* en salud más bajos entre los países de Sudamérica: US\$ 964 (ppp)<sup>11</sup> en el 2016, señala un documento de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), recursos que equivalen a menos de la cuarta parte del promedio gastado por habitante en los 35 países miembros de la (OCDE), de US\$ 4003 en el 2016 (OECD, 2017).

### **Gráfico 3: Gasto en salud *per capita*, 2016 (o año más cercano)**

---

<sup>11</sup> El factor de conversión a valor de paridad de poder adquisitivo internacional (de EE. UU.) fue en el 2016 para Colombia de 1,28, lo que quiere decir que el gasto *per capita* en dólares a valor del cambio de moneda sin esta conversión fue de 750 dólares aproximadamente. Este mayor poder adquisitivo de los ciudadanos colombianos con un dólar no puede aplicarse completamente a las cuentas del SGSSS, por cuanto cerca de la mitad del gasto en salud, que corresponde a medicamentos, insumos y tecnología médica se adquiere en dólares al valor de cambio real, por lo que no cabe estimar dicha diferencia en el poder adquisitivo, como sí sería pertinente para salarios u otros productos y servicios nacionales. Esto quiere decir que el gasto *per capita* a valor internacional estaría alrededor de la mitad entre los 750 y los 964 dólares que señala el gráfico de la OCDE.



Fuente: OCDE (2017).

En este sentido, Fedesalud señalaba:

[...] Como quiera que el SGSS colombiano ofrece a los ciudadanos un Plan de Beneficios tan amplio como el de la mayoría de los países desarrollados, la diferencia en el gasto necesariamente implica algunas de las siguientes posibilidades: que los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias, sean muy inferiores a los de los otros países, que la utilización de los servicios sea mucho menor o que la calidad brindada sea muy inferior. O bien una combinación de las tres anteriores. En este punto caben tres posibilidades de regulación por parte del Estado. La primera, la regulación de la tarifa o prima pagada a los aseguradores y las variables que la determinan, la segunda la regulación los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias y, la tercera, la regulación del acceso y la calidad de los servicios. (Martínez, 2015, p. 1) [...]

### **La regulación de la tarifa fundamental del nuevo Sistema, la UPC [t3]**

La primera necesidad de regulación que crea el nuevo y singular mercado de aseguramiento en salud, por tanto, es la determinación anual de la tarifa o valor que debe pagar el Sistema a los aseguradores “privados”, también creados por el Estado, a fin de que ellos puedan entregar los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud a todos sus afiliados y obtener simultáneamente rentabilidad del negocio.

Al comenzar la operación del SGSSS y luego de establecidas las normas iniciales, el Plan de Beneficios y la tarifa pagada a los aseguradores fueron dictadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el que el Gobierno nacional (representado por los ministros de Salud y Hacienda), no contaba con mayoría, pero sí con poder de veto, de tal modo que no era posible incrementar la tarifa sin su aprobación. El funcionamiento práctico del Consejo reveló el poder de veto del Ministerio de Hacienda, aunque nominalmente estuviera en cabeza del ministro de Salud. Este esquema de concertación pocas veces fue capaz de determinar la tarifa anual del Sistema, de modo que acababa dictándose un aumento anual igual al del salario mínimo, tal como ordenaba la Ley 100 en su artículo 172, norma que constituyó la verdadera garantía para las EPS:

[ - ] PARÁGRAFO 2. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso de que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustara en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior. [ - ]

En este punto, algunos economistas fueron capaces de convencer al Estado, al menos al Ejecutivo y Legislativo, de la inconveniente participación del primero en la regulación, con el argumento de que la regulación de la tarifa fundamental del Sistema y de los contenidos

del Plan de Beneficios era un problema técnico y no político, por lo que debiera alejarse de la óptica política y gubernamental, como en otros servicios públicos.

Efectivamente, la Ley 1122 de 2007 acogió estas tesis y creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), de carácter “técnico”. Así recogen los promotores tal decisión:

[...] Respecto a la Comisión, ahora existirá un organismo estatal encargado de tomar decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio, contrario al sistema de información privatizado que imperaba hasta ahora. Los cinco comisionados expertos se dedicarán de tiempo completo al análisis del sistema y la toma de decisiones, en compañía de dos ministros o viceministros. (Restrepo, 2007) [...]

Sin embargo, Ejecutivo y Legislativo dejaron claro en la ley que:

Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. (Ley 1122 de 2007, art. 7, núm. 11, par. 3)

De modo que la tarifa básica del Régimen Contributivo debería obedecer a criterios “técnicos”, pero, claro está, consultando el equilibrio del Sistema; es decir, asegurando que el gasto en UPC no fuera mayor que los recaudos por aportes de empresas y trabajadores, para garantizar la sostenibilidad de la cuenta de compensación del Fosyga.

En el Régimen Subsidiado, sin embargo, la Comisión de Regulación queda amarrada desde un principio al marco fiscal de mediano plazo, es decir, a la aprobación del Ministerio de

Hacienda, lo que equivale a una decisión presupuestal. De esta manera, la Comisión de Regulación tiene el mandato de dictar tarifas con criterios políticos y no técnicos, tarifas que potencialmente pueden afectar seriamente la estabilidad económica de los operadores del sector (EPS e IPS) y, por tanto, de todos los proveedores del sector salud, que deben operar bajo una lógica de mercado, de acuerdo con la normatividad. La restricción de los recursos para la salud de la población pobre es mayor en consecuencia y, ello, de una u otra forma, constituye una decisión política contraria a la equidad, al mismo tiempo que la tarifa política implica una renuncia al principio establecido en el esquema de privatización, el cual supuestamente garantizaba a los inversores privados la rentabilidad en función de la eficiencia en la operación. Para acabar de deformar el esquema de mercado inicialmente formulado, a las EPS del régimen subsidiado, como se señaló, se les limita el gasto de administración (que incluye utilidad) al 8%.

La regulación en manos de la Comisión de Regulación (CRES) llegó a su fin pronta y abruptamente. Fue liquidada por el Gobierno mediante el Decreto 2560 de diciembre del 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional decidió asumir directamente la regulación de la tarifa principal del Sistema (UPC), como de los contenidos del Plan de Beneficios.

Señala Fedesalud al respecto:

[...] La pretensión de que la regulación de la tarifa fundamental del SGSSS es un asunto técnico, como en otros servicios públicos privatizados, para garantizar que la tarifa no sea política y afecte a los “inversionistas”, llega a su fin con esta toma de la competencia por parte del Gobierno. Si bien la regulación de la tarifa y el Plan puede incluir algunos aspectos técnicos, como las decisiones relacionadas con la inclusión de nuevas tecnologías o insumos en el Plan de Beneficios (para lo cual Gobierno y Congreso crean una nueva dependencia en el Ministerio de Salud, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), la decisión fundamental termina siendo siempre

de política económica, cada vez más apegada al marco fiscal. (Martínez, 2015, p.18)

[-]

Pero las decisiones sobre el marco fiscal parten de restricciones mucho más amplias, relacionadas con la política económica, el modelo económico o el modelo de Gobierno. En documento de respuesta a la Corte Constitucional, en relación con la igualación del POS subsidiado al del POS contributivo y de las restricciones fiscales alegadas por el Gobierno, un grupo de ONG señalaba:

[-]La primera restricción tiene que ver con la estructura misma del sistema tributario colombiano, ya que además de regresivo es insuficiente. Los porcentajes de tributación con respecto al PIB continúan siendo altos en las economías desarrolladas. Y en los países emergentes, como Brasil e India tienden a subir. Tal y como se observa en el cuadro 2, entre 1998 y 2010, los ingresos tributarios como proporción del PIB han aumentado. Además del ritmo de crecimiento, es interesante observar el nivel. El de Colombia es el más bajo (18,2%). El porcentaje es pequeño no sólo cuando se compara con Noruega (47,7%) y Francia (43%), sino también con respecto a los países latinoamericanos. En Argentina la relación es de 33,4%, y en Brasil de 32,4%. Para que Colombia se acerque a los niveles de tributación de Brasil, tendría que aumentar la tributación en casi 15 puntos del PIB. La brecha es significativa. (Fedesalud e Ifarma, 2014)

El repaso en orden cronológico de las políticas formuladas y las normas expedidas que afectaron el financiamiento del sistema de salud y la cobertura de beneficios a los ciudadanos en los 25 años transcurridos, así como el análisis del comportamiento del Congreso y las Altas Cortes, en relación con las propuestas y decisiones del Ejecutivo, resulta muy ilustrativo para comprobar cuán políticas fueron las decisiones económicas tomadas por los sucesivos Gobiernos a este respecto. La mirada que interesa es la profundización de la doctrina neoliberal definida o su atenuación.

### **UPC diferencial y Plan de Salud diferencial para ciudadanos sin capacidad de pago [t3]**

En 1994 finalizó el Gobierno de Cesar Gaviria, que implementó a fondo la apertura económica, la privatización de los servicios públicos y el conjunto de las reformas neoliberales (que habían sido apenas esbozadas por los mandatarios anteriores), así como las Leyes 60 y 100 de 1993, claves de la reforma del sector salud, las que dejó apenas formuladas, para su implementación en el siguiente Gobierno. Es importante señalar que durante su Gobierno también se desarrolló la Constitución de 1991, impulsada por iniciativa popular durante el mandato del presidente anterior, Virgilio Barco.

Conviene señalar, en este punto, que la Ley 100 fue producto de la contraposición en el Congreso entre los ideales neoliberales y los socialdemócratas. El documento finalmente aprobado por el Congreso en 1993, que incluye un Plan Obligatorio de Salud igual para todos los colombianos, concuerda con los principios de la nueva Constitución Política y el modelo socialdemócrata de seguridad social, y es bien distinto del proyecto de ley que presentó el Gobierno al Congreso en 1992 (en manos del ministro Londoño), propuesta que se limitaba a subsidios focalizados para pobres, de claro origen en las políticas del el Banco Mundial. Pero, en realidad, las dos versiones de política social en salud quedaron incluidas en la ley, como quedaron incluidas también la privatización y el derecho universal a este servicio público.

La cobertura de beneficios fue diferencial en los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado en los inicios de la reforma. El artículo 162 de la Ley 100 establecía:

[...] El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos habitantes del territorio nacional antes del año

2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el consejo nacional de seguridad social en salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo –que no podría ser inferior al del Seguro Social–, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables. [-]

En 1994 resultó elegido el presidente Ernesto Samper, y el equipo técnico que formuló el plan de Gobierno en salud, con cierta tendencia socialdemócrata, dudó si aplicar la recién sancionada Ley 100 de 1993 o modificarla. Finalmente, recomendó aplicar la reforma, pensando en las ventajas de la seguridad social frente a la asistencia pública, pero aclaró que no se diferenciaría entre los planes de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, sin importar la capacidad de pago de uno y otro grupo de ciudadanos. El Gobierno inició la implementación de la Ley y el equipo del Ministerio logró que el Ministerio de Hacienda, que conservaba el poder de veto sobre decisiones del CNSSS, votara la aprobación del acuerdo 20, que elevaba la UPC para el Régimen Subsidiado del 50% al 80% de la UPC del Régimen Contributivo.

Se pretendía que fueran iguales los contenidos del POS de los dos regímenes, con un *per capita* algo menor, dado que existían serias restricciones en la oferta de servicios de salud en el país para poder lograr las frecuencias de uso de servicios del Régimen Contributivo. Al mismo tiempo, se estableció un proceso de transición a la privatización del aseguramiento en

el Régimen Subsidiado, para permitir que los hospitales públicos, acostumbrados a recibir recursos del presupuesto nacional, aprendieran a vender y facturar servicios.

Pero si bien el Gobierno Samper planteó públicamente una política de talante socialdemócrata, que se percibe en algunos ministerios del área social, esta no era más que una atenuación de la agresividad del modelo económico que continuaba ejecutando *a rajatabla* la doctrina neoliberal, en los ministerios económicos, con fuerte respaldo de un sector del partido liberal y otros partidos políticos, de modo que cuando este Gobierno entró en crisis política por el escándalo de ingresos del narcotráfico al financiamiento de la campaña presidencial, a menos de un año de su posesión, y perdió gobernabilidad, tuvo que ceder espacio de poder al grupo político del expresidente Gaviria, gestor y defensor fanático de las reformas “pro mercado”.

El intento de igualar el Plan de Beneficios de la población sin capacidad de pago al de la población contributiva y la transición para proteger a los hospitales públicos se reversó en los acuerdos 23 a 26 del CNSSS. La inequitativa formulación de los planes por parte del nuevo equipo técnico del Ministerio fue apoyada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los citados tecnócratas no tuvieron ningún reparo en suprimir la mayoría de los servicios médicos especializados y hospitalarios para la población pobre del Régimen Subsidiado, con la disculpa de que la prevención era lo importante. La diferencia de este Plan de Beneficios con el POS del Régimen Contributivo se suponía provisional, pero se consolidó durante los trece años siguientes de operación de la Reforma, lo cual generó una diferencia permanente entre los derechos de unos y otros ciudadanos en Colombia, a pesar de que la Ley 100 estableció que el Plan de Salud del régimen subsidiado debía igualarse al del régimen contributivo antes del 2001.

Estas decisiones se acompañaron de una transición acelerada del mecanismo de financiamiento de los hospitales de la oferta a la demanda, vía transformación de los recursos.

El Plan Obligatorio de Salud restringido del Régimen Subsidiado comenzó a ser financiado vía aseguramiento, es decir, vía afiliación de la población pobre a las inicialmente denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado, que pagarían los servicios a los hospitales, lo que equivalía a grandes costos de intermediación de los mismos dineros (las transferencias que recibían las instituciones hospitalarias públicas del presupuesto nacional) y el no pago de servicios de mediana complejidad, por no estar contemplados en el POS Subsidiado.

El efecto neto de estas decisiones fue, lógicamente, una reducción neta de los ingresos de los hospitales públicos y de la financiación para la prestación de servicios de salud a la población no contributiva. Aunque parece imposible de creer, el Plan de Beneficios de la población pobre no contempló por muchos años un examen de glucemia ni la atención quirúrgica del trauma. A los servicios de baja complejidad habían añadido al otro extremo los tratamientos de alto costo en el aseguramiento y el POS de esta población, como el tratamiento del cáncer o la diálisis. Sin embargo, aunque parezca una trágica burla, por muchos años no se pudieron practicar a los afiliados al régimen subsidiado los exámenes definidos como de mediana complejidad, necesarios para diagnosticar estas patologías.

En la publicación de una investigación nacional sobre la diabetes, se señalaba:

[...] El acceso a especialistas y a los exámenes de laboratorio necesarios para el control de la diabetes de la población afiliada al Régimen Subsidiado, pobre por definición, ha sido finalmente incluido en el Plan de Salud en 2010, pero el daño ya causado por esta decisión técnica que los excluía, vigente durante 15 años, es incalculable en términos de supervivencia y años de vida saludables de los diabéticos pobres, como también en términos de costos para el Sistema de las graves complicaciones de la enfermedad, entre ellas las cardiopatías o la enfermedad renal crónica, a las que no siempre logran acceso los pobres, aunque estén incluidas en su plan de salud. (Martínez *et al.*, 2011, p. 14) [...]

La introducción de la publicación agregaba:

[...] Igual situación padecen todavía asmáticos y epilépticos, enfermedades en las que, igual que para la diabetes, una atención médica adecuada hace la diferencia entre ser un miembro activo de la sociedad, o sufrir una discapacidad permanente y una muerte más temprana. Sin embargo, los técnicos y políticos que tienen o han tenido a su cargo el poder de decisión sobre que incluir o excluir del Plan de salud de la población pobre, continúan como *Dioses del Olimpo* señalando quien tiene derecho a vivir o no en nuestro país, una decisión sólo posible en una sociedad clasista, excluyente e inequitativa, que se justifica siempre disfrazada de racionalidad económica. (Martínez y otros, 2011, p. 14)

### **El financiamiento [t3]**

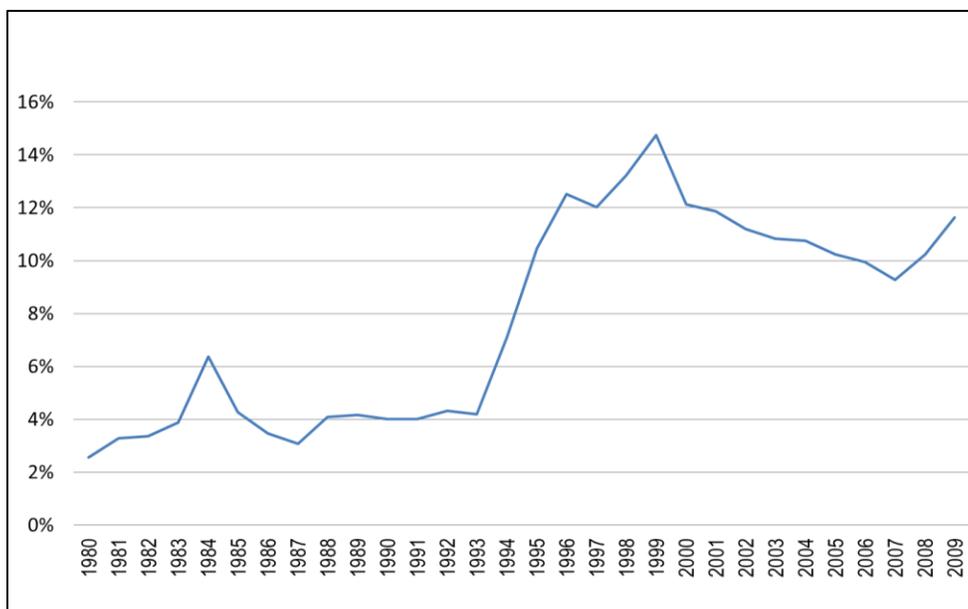
La participación de las transferencias del Gobierno nacional a los territorios para el gasto salud, en relación con los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), se define como el esfuerzo fiscal de la nación para la salud. Para el período 1980-1993, el traslado se denominaba “situado fiscal” y alcanzaba alrededor del 4% del total de los ingresos de la nación. Entre 1994 y 1999, el esfuerzo fiscal de la nación para financiar la salud mostró un gran incremento y alcanzó a representar el 11,5% en 1999, como resultado de la reforma constitucional de 1991, que ordenó una importante participación de los municipios en la distribución de los ICN, dirigida a financiar el gasto social. Posteriormente, la Ley 60 de 1993 fijó las reglas de asignación de los recursos del situado fiscal y la participación de los municipios en los ICN, y sus efectos se pueden observar a partir de 1994, año en cual se giraron los primeros recursos de salud ordenados por la Constitución a los municipios.

Era dable suponer un avance hacia la equidad en los primeros años de la reforma, al observar el importante incremento de los recursos destinados a la población no contributiva,

especialmente en función de la Ley 10 de 1990, la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1994. Sin embargo, el propósito Constitucional concretado en estas leyes se vino abajo en el año 2000, tras la crisis económica de 1999.

El gran incremento del gasto en salud ordenado por la Constitución se reversó entre 1999 y 2007, período en el cual se observa una disminución de 5 puntos porcentuales en el esfuerzo fiscal del Gobierno nacional para este sector. Los recursos se reducen drásticamente a partir del 2000, en virtud también de una serie de decisiones del Estado que, por una parte, frenan el incremento de las transferencias ordenadas por la Constitución del 91 a los municipios, dedicadas a financiar el seguro de la población pobre y, por otra, suprimen progresivamente los antiguos recursos de oferta, para el financiamiento de los hospitales públicos, al punto que el efecto neto de estas reformas constitucionales propuestas por los Gobiernos Pastrana y Uribe (2001 y 2007) y sus leyes correspondientes fue el de retornar los recursos destinados a la salud de la población pobre a la tendencia de crecimiento que mostraban antes de la Constitución de 1991, como proporción de los Ingresos Corrientes de la Nación. Leyes como la 344 de 1996 (Gobierno Samper) y la 715 de 2001 (Gobierno Pastrana) redujeron el gasto público de la nación en salud como proporción de los ICN, pasando de representar el 14,8% en 1999, a 9,3% en 2007 (Martínez y Giraldo; 2011; Martínez y García, 2012).

**Gráfico 4. Gasto en salud para la población no contributiva. Transferencias del Gobierno nacional a los territorios, como proporción de los ICN (esfuerzo fiscal más solidaridad del Fosyga)**

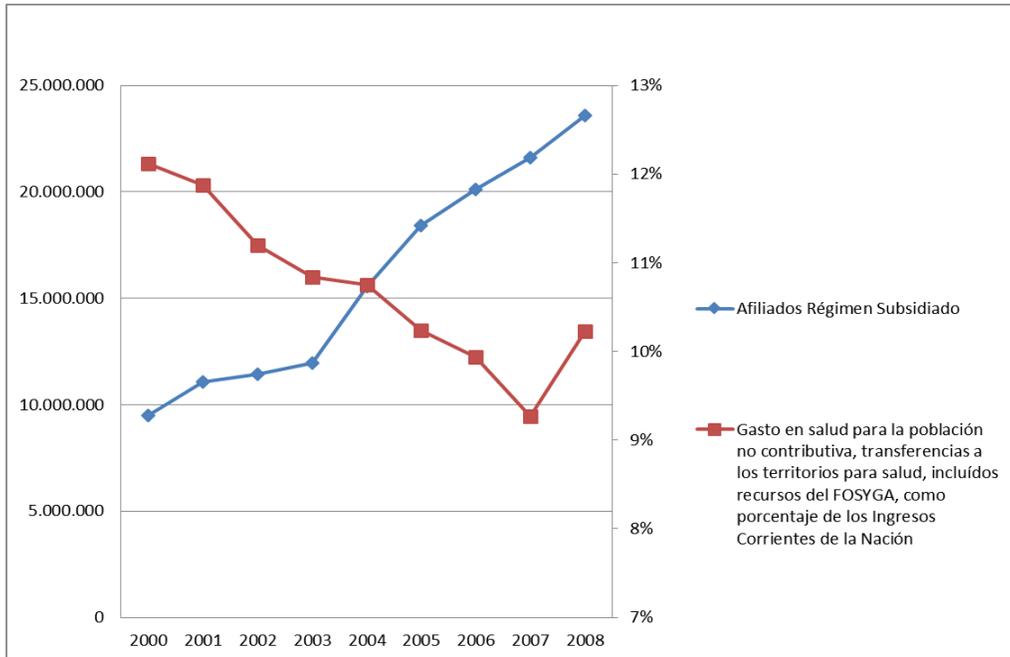


Fuente: Martínez y García (2012, p. 112).

Para el 2008, el ingreso *per capita* del Contributivo era 2,1 veces mayor que el del Subsidiado, mientras que en 1997 lo era 1,7 veces. La diferencia entre los dos regímenes se acrecentó en consecuencia, en contra del mandato legal, lo cual se expresó en una menor cobertura y calidad de los servicios de salud del Subsidiado con respecto al Contributivo, y significó que la igualación de los dos regímenes no sería posible sin una reestructuración financiera que igualara también el monto de los recursos reconocidos *per capita*.

Por otra parte, resulta contradictorio que durante el Gobierno del presidente Uribe, al mismo tiempo que se observaba un estancamiento relativo de las transferencias del Gobierno nacional a los territorios y una clara reducción del esfuerzo fiscal como proporción de los ICN para el financiamiento de la salud de las “Personas en regímenes no contributivos”, se producía un notorio y publicitado incremento de la cobertura del Régimen Subsidiado. El gráfico 5 muestra la dinámica de la afiliación a este régimen, en contraste con el esfuerzo fiscal del Gobierno nacional.

**Gráfico 5. Dinámica de la afiliación al Régimen Subsidiado y de las transferencias de ICN a los territorios 2000-2008**



Fuente: Martínez y García (2012, p. 114).

Cabe resaltar que, a pesar de que el gasto total en salud alcanzó, según las Cuentas Nacionales de Salud, el 9,6 % del PIB para el año 1997 (Barón, 2007), el esfuerzo fiscal de la nación para la población no contributiva apenas logró el 1,1 % como punto máximo en el 2000, siendo este rubro financiero la más importante fuente de financiación de la atención en salud para la mayoría de la población pobre afiliada al Régimen Subsidiado (Martínez y García, 2012, p. 45).

Es imperativo señalar dos decisiones políticas claves que modificaron el mandato legal y constitucional. La primera, la reforma constitucional de 2001 y la Ley 715 que la desarrolla, que suceden a una fuerte crisis económica y fiscal, la cual explicaría el aplazamiento de los postulados de equidad y universalidad de la Ley 100 (Cárdenas y Restrepo, 2002), si no fuera porque determinaron una reducción progresiva de los recursos para la salud, al articular los

nuevos recursos de demanda con los viejos recursos de oferta y generar una bolsa común francamente reducida con respecto a las dos anteriores. Corresponde al Gobierno de Andrés Pastrana esta reforma, siendo Ministro de Hacienda (el nueve años después presidente de la república) Juan Manuel Santos.

La segunda, la reforma de 2007, en cambio, se produce en plena bonanza económica. Por ello, la decisión de recortar el financiamiento sectorial no solo significa un cambio drástico en las metas trazadas por la Constitución y la Ley 100, sino también una decisión política de no aportar recursos para igualar los planes de beneficios. El gran incremento del PIB y de los ingresos del Gobierno central entre 2002 y 2007 ya no se traduce entonces en un incremento de los recursos para salud, en el primer Gobierno de Álvaro Uribe, sino que una proporción del gasto social, antes destinada hacia los subsidios en salud, se redirige hacia los programas de trasferencias condicionadas (Familias en Acción), que resultaron políticamente más rentables<sup>12</sup>.

Durante el segundo Gobierno de Álvaro Uribe, según un estudio publicado por la Universidad Santo Tomás:

[...] Ejecutivo y Legislativo acuerdan y expiden la Ley 1122 de 2007, donde dejan claro que pretenden lograr la universalidad de cobertura del aseguramiento en salud, pero conservando las diferencias entre los planes de unos y otros ciudadanos. El hecho de que ni siquiera se planteara en la Ley 1122 de 2007 fecha alguna para igualar la cobertura de servicios entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, motiva a la Corte Constitucional a expedir la Sentencia 760 de 2008, en la cual conmina al Gobierno Nacional a cumplir el propósito constitucional y de la Ley 100 de igualar los planes de beneficios y de esta forma garantizar el derecho a la salud y la seguridad social a todos los colombianos por igual. (Martínez y otros, 2012, p. 63) [...]

---

<sup>12</sup> La implementación de los programas de trasferencias condicionadas diseñado y promovido por el Banco Mundial resultó tan efectivo políticamente que muchos presidentes latinoamericanos, tanto de derecha como de izquierda, resultaron reelegidos.

Como consecuencia del trascendental fallo, en el año 2009 el Gobierno Uribe comenzó a vender la propuesta de un Plan Limitado Único de Salud (PLUS) o “Nuevo POS colombiano”, como lo designan oficialmente, última estrategia adoptada por la dirección del SGSSS, en un intento de “salvar” el POS como herramienta y pilar del contrato privado de aseguramiento, instrumento que se encuentra herido de muerte por los sucesivos fallos de la Corte Constitucional en contra de las limitaciones de servicios y en favor de los ciudadanos.

Según pronunciamiento del Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional (GPS), defender el POS de esta manera no significaba otra cosa que sostener la racionalidad económica del Sistema General de Seguridad Social en Salud nuevamente sobre la base de limitar los derechos de los ciudadanos mediante restricciones en la cobertura de beneficios. No solo se pretendía esta vez vulnerar gravemente los derechos de los colombianos, lo que contradice la norma constitucional, sino que se desafiaba a los organismos internacionales de derechos humanos en relación con los derechos de las minorías.

Se trataba de la introducción del concepto de *prevalencia* en la definición de un plan de beneficios, concepto que no tuvo jamás cabida en los sistemas de seguridad social del mundo, al menos como justificación para excluir del derecho a la atención médica a los enfermos que no tuvieron la fortuna de enfermarse de lo mismo que se enferma la mayoría, o tuvieron la desgracia de no poder enfrentar su padecimiento con un procedimiento o medicamento útil igualmente para la mayoría.

La prevalencia es un concepto fundamental y pleno de utilidad en salud pública, para orientar las acciones masivas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, pero es un concepto extraño a los seguros, desarrollados en el mundo alrededor de la “contingencia”, o riesgo financiero, y orientados precisamente a cubrir las cosas que puedan sobrevenir, no calculables para los individuos en particular, pero sí para los grupos o las sociedades. Esta conceptualización del POS, propia de seguros privados limitados, con *poles* de riesgo pequeños y no de la seguridad social universal, responde a la búsqueda de la *racionalidad económica* del contrato de aseguramiento y corresponde a la misma lógica de las serias

restricciones en el Manual de Procedimientos, que ocasionó un gran crecimiento de las tutelas.

La anterior lógica constituyó la esencia de la propuesta novedosa del PLUS. En términos de derechos humanos se traduce en dejar sin servicios de salud a las minorías, en este caso en términos de enfermedades no comunes y algunas francamente extrañas, por no decir huérfanas, como se llaman los medicamentos que no les interesa producir a los laboratorios farmacéuticos por su bajo costo o poco uso.

Adicionalmente, el problema verdaderamente grave estriba en que cualquier recorte en servicios de salud, por una u otra patología o procedimiento, siempre afectará en mayor medida a la población pobre, mientras que los grupos en mejor posición social podrían costearse tales tratamientos. Una vez más, tal POS o PLUS y, en suma, cualquier planteamiento basado en utilizar el concepto de prevalencia para excluir el derecho a la atención médica en el Sistema de Seguridad Social, es evidentemente regresivo. Se señalaba en el pronunciamiento del GPS:

[...] En la democracia, las mayorías no pueden abusar de las minorías, ni excluirlas de los derechos. Por ello no es posible reducir o limitar derechos a las minorías étnicas, o a las minorías sexuales o a las minorías discapacitadas, o a las minorías políticas, etc. Por el contrario, las democracias discriminan positivamente a las minorías. Plantear sostener tal inequidad por consenso social para frenar las objeciones de la Corte Constitucional, plantear una reforma para afectar a las minorías, así sea en términos de enfermedad, no es posible, aunque se base en la maravilla (más bien obligación) de igualar los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y en la presunta *racionalidad económica*. (Martínez, 2009) [...]

Para controlar los costos de la seguridad social en salud, el consenso requerido debe consistir en la aprobación anual en el Congreso de los ingresos y gastos de la seguridad social por grandes rubros, como lo realizan los parlamentos de Europa. Con presupuestos limitados se establecen prioridades en la administración de los recursos y los servicios de salud. Las

decisiones de excluir o incluir procedimientos o tecnologías en los servicios de salud, o controlar el precio de tecnologías y medicamentos, como formas efectivas de controlar los costos de los servicios de salud, como ocurre en los países desarrollados con seguridad social plena, implican siempre una decisión política (no una discusión en manos de tecnócratas del ministerio del ramo o tecnócratas de planeación o hacienda), ya que tales decisiones afectan a toda la población.

Y agregaba el pronunciamiento del GPS:

[...] Por otra parte, se plantea abiertamente el control del gasto mediante la reducción del POS como única salida a un supuesto desbalance financiero del Sistema, sin tomarse siquiera la molestia de revisar a fondo el problema del financiamiento del sector, como por ejemplo la debilidad del Régimen Contributivo, derivada del hecho de que la mayoría de los contratos laborales del país, en virtud de la informalización del trabajo y la flexibilidad, no aportan a la seguridad social. No se discute ¿Por qué sigue el Estado financiando mediante el Régimen Subsidiado a los sectores económicos que no aportan a la seguridad social? ¿Por qué la mayoría de los riesgos derivados de la actividad económica tampoco son asumidos por las empresas que los generan en nuestro país? Tampoco se menciona la reducción sostenida de los aportes públicos a la salud en los últimos años. Toda la racionalidad económica parece dirigirse a evidenciar lo costosos que resultan los pobres y sus hospitales y plantear recortes en el gasto, lo que se traduce en afectar los derechos de los ciudadanos. (Martínez, 2009) [...]

Finalmente, el Gobierno tramitó y consiguió la aprobación en el Congreso de la Ley 1392 de 2010 (julio 2), por medio de la cual se reconocen las “enfermedades huérfanas” como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores. Sin embargo, con dicha ley en realidad se excluyen estas enfermedades y enfermos del Plan Obligatorio de Salud de los dos regímenes, pues estas enfermedades no quedan a cargo de

las EPS, sino a cargo de recursos del Fosyga para el Régimen Contributivo y de los dudosos y escasos recursos de los territorios para el Régimen Subsidiado.

Las preguntas obligadas, dado que las enfermedades no existen sin enfermos, eran: ¿Qué iba a pasar con estos enfermos cuando tuvieran un padecimiento cualquiera como una infección respiratoria o intestinal? ¿Sería atribuida a una enfermedad general o definida como complicación de su enfermedad rara y, por tanto, las EPS asumirían o no el tratamiento o lo derivarían a las instituciones especiales que promueve la ley (las cuales, por supuesto, solo se hallan en algunas grandes capitales)? ¿Y qué sería de estos ciudadanos en poblaciones lejanas cuando los hospitales no pudieran facturar a las EPS servicios por pacientes con “enfermedades huérfanas”? Realmente, quienes quedaban huérfanos de los servicios de salud, como consecuencia de la nueva ley, eran precisamente estos pacientes, especialmente en el Régimen Subsidiado, por no contar los hospitales con un procedimiento seguro de pago por los servicios.

Pero esta ley no resultó suficiente para el propósito de sostener la racionalidad económica del Sistema. La necesidad de la reestructuración financiera para cumplir el mandato de la Corte Constitucional llevó al Gobierno de Álvaro Uribe, que había reducido la participación del sector salud en el presupuesto nacional, a declarar una “emergencia social” en el año 2010, al final de su segundo periodo de gobierno, la cual fue declarada inexecutable por parte de la Corte Constitucional, por cuanto el problema financiero del Sistema no era un hecho sobreviviente y se pretendía afectar a muchos sectores sociales a través de un acto administrativo (una especie de dictadura jurídica) sin recurrir a un procedimiento democrático de decisión, es decir, una ley tramitada en el Congreso. Además, la Corte señaló que la Constitución prohíbe desmejorar los derechos sociales de los trabajadores y la Ley 100 establecía que el Plan de Salud no podría ser inferior al previamente vigente en el Instituto de Seguros Sociales.

El Grupo de Protección Social, de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional, dirigió un comunicado abierto a la Corte Constitucional en el que se señala en un aparte:

[...] Para controlar el mal comportamiento de los enfermos y sus familias, el Gobierno tomó varias decisiones: primero, igualar por lo bajo el POS de los dos regímenes. Se habla de “necesidades en salud” de la población, pero “teniendo en cuenta la condición socio-económica de las personas y la capacidad financiera del Estado” (Art. 9, Dec. 131/10). Por esto, el nuevo POS incluirá únicamente servicios y medicamentos de baja complejidad, que corresponde a lo que habitualmente hace un primer nivel de atención, y sólo “admitirá el acceso al manejo especializado o de mediana y alta complejidad cuando se cuente con la evidencia científica y costo-efectividad que así lo aconseje” (Art. 9, Dec-L. 131/10). Todo lo demás serán prestaciones excepcionales en salud (PRES), título pomposo que se da a las atenciones que hoy no son excepcionales sino cotidianas y necesarias, y su asignación dependerá de lo que un comité considere como recursos disponibles y la urgencia vital de las mismas (n. 3, Art. 3, Dec. 128/10). Lo más importantes es que estas prestaciones se financiarán por los afiliados al Sistema que las requieran, para lo cual se acude a la demostración de la capacidad de pago: a quienes se les compruebe que pueden pagar, tendrán que acudir al endeudamiento, a sus ahorros o a su patrimonio familiar; quienes demuestren ser pobres, serán cubiertos con el fondo específico constituido con recursos públicos, denominado Fonpres, pero se advierte que sólo servirá para cofinanciar (Art. 11, Dec. 128/10). (GPS, 2010) [...]

La reforma del Gobierno Uribe desbordó sus propósitos y buscó tocar demasiados campos, con un afán fiscalista, lo que se traducía en limitar drásticamente los servicios cubiertos por el Plan de Salud de los dos regímenes (los básicos) y denominar “servicios complementarios” a los demás, los que requerirían pago de los afiliados, decisión que afectaba especialmente a las clases medias, así como coartar la libertad del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, lo que generó las naturales y legítimas resistencias. Como se señaló previamente, estos decretos del Gobierno, con fuerza de ley, que pretendían un drástico recorte de los derechos, generaron una gran protesta social, apoyada todos los estamentos de la salud y organizaciones sociales (menos las EPS). Por su parte, la prensa hizo eco de la

protesta y además denunció ampliamente que entre los autores de estos decretos figuraban un grupo de asesores pagados por las EPS, en un proceso regulatorio hecho a su conveniencia.

La igualación de los planes de beneficios significaba un impacto fiscal superior a los dos billones de pesos anuales que no estaban contemplados en el presupuesto, de modo que el Gobierno comenzó a buscar salidas, mientras incrementó lentamente la cobertura del POS Subsidiado, para igualarlo con el del Contributivo, comenzando con los niños. Finalmente, tuvo que acatar el fallo de la Corte Constitucional y unificar los planes, pero se observa que, para el 2012, ya igualados estos, las EPS del Régimen Subsidiado recibían por afiliado tan sólo un 69% de lo que recibía el Régimen Contributivo (Martínez y García, 2012).

No podía esperarse, en *condiciones de mercado*, que las EPS del Régimen Subsidiado compraran a los proveedores los mismos servicios e insumos, con igual calidad. Adicionalmente, además de contar solo con dos tercios de los recursos, las EPS de este régimen tampoco recibían los dineros con la oportunidad que los recibía el Régimen Contributivo, lo que seguía acentuando la desventaja.

La tecnocracia que participó de estos ajustes tuvo siempre un gran apoyo tanto del Ministerio de Hacienda como de la banca multilateral en el propósito de restringir el POS. Desde el 2011, el BID implementó un proyecto regional de transferencia de conocimientos sobre planes explícitos de beneficios de salud, que incluye tanto metodologías aplicables a la priorización, costeo y evaluación del impacto presupuestario o monitoreo como lecciones sobre los procesos e instituciones necesarios para que los planes sean viables técnica y políticamente. Un taller internacional sobre planes de beneficios en Santiago de Chile fue el punto de partida para un estudio regional en el que siete países latinoamericanos analizaron su experiencia con los planes explícitos de beneficios bajo una misma metodología. (Giedion, Bitrán e Ignez, 2014).

Ante la crisis permanente del sistema de salud, la sociedad civil presentó en el 2013 una iniciativa de ley estatutaria que dio origen a la ley 1751 de 2015. La Sentencia C-313 del 2014 de la Corte Constitucional ya había reconocido en su jurisprudencia la fundamentalidad

del derecho, “por lo que se procura un viraje completo al modelo de aseguramiento vigente hasta el momento, que a la fecha acumula una crisis financiera, de prestación de servicios de salud y humanitaria, que posicione la salud entre las prioridades de los colombianos”.

Dada la crisis del Sistema y la enorme presión social, además de los grandes escándalos de corrupción y las intervenciones constantes de la Corte Constitucional, finalmente el proyecto de Ley Estatutaria fue avalado por el presidente Santos. El artículo 152 de la Constitución Política señala que mediante las leyes estatutarias el Congreso, entre otras materias, regulará los “derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección”.

La Ley Estatutaria de Salud acabó con la lista explícita y restringida de servicios de salud del POS (que limitaba los servicios, procedimientos y medicamentos a los ciudadanos) y ordenó al Gobierno que haga explícitas únicamente las exclusiones, con respecto a las cuales, además, estableció un proceso amplio de participación para decidir cuáles serían. Así mismo, concedió un plazo de dos años para que desaparezca el listado de inclusiones. Con excepción de los tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuenten con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica, que estén en fase de experimentación o que se tengan que prestar en el exterior, los demás servicios podrán en adelante ser ordenados por los médicos, con plena autonomía.

Tres años después, las organizaciones de la sociedad civil y la Gran Junta Médica Nacional (2018) presentaron a la opinión pública, a los partidos políticos y candidatos presidenciales una descripción descarnada de la situación de la salud del país y los elementos de propuesta para superar la crisis y garantizar el derecho fundamental a la salud, en la que señalan:

[–] Para garantizar este marco normativo se debe cambiar el modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, hecho que no se ha logrado aún, debido a que

grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo colombiano demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil. En este contexto, el Gobierno Nacional optó por desconocer el marco normativo de la ley estatutaria y continuar por la ruta trazada de profundizar el negocio de la salud, con las consecuencias que acarrearán la vulneración masiva de este derecho, razón por la cual sigue siendo uno de los más tutelados, y la profundización de la inequidad social expuesta.

Es por esto que no es posible resolver el problema de salud de Colombia, si el país no se aboca a un cambio del modelo que desmonte los dos elementos estructurales que explican la ineficacia del sistema como son: a) la intermediación financiera rentista, lo que supone la eliminación de las EPS; b) el diseño del sistema de salud enfocado en el lucro que genera la enfermedad, mas no en la atención primaria en salud, para fomentar la salud y prevenir la enfermedad. Es por ello, que la eliminación de la intermediación de las EPS, es el punto de partida del cambio de modelo, y se llevará a cabo en un proceso de transición, que comenzaría por las zonas dispersas del territorio nacional, donde este mecanismo de aseguramiento ha sido fallido. (sociedad civil y la Gran Junta Médica Nacional, 2018) [-]

El Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional, a su vez, manifestaba públicamente al respecto:

[-] Cerca de cumplir sus 25 años, el Sistema de Salud de nuestro país parece haberse convertido en una fortaleza inexpugnable, capaz de resistir todos los ataques de sus enemigos y también los intentos de mejorar su apariencia por parte de sus amigos. Las leyes que han pretendido reformarlo no pasaron de resultar ajustes funcionales, que no tocaron su estructura, y el último embate frontal por parte de sus críticos, la Ley Estatutaria, está acampada con sus ejércitos de buena voluntad hace mucho tiempo al frente de la fortaleza, sin poder superar el foso económico y político que lo

defiende hace años, y apenas si le ha hecho mella con sus cañonazos discursivos sobre derechos.

Casi todos los candidatos optaron por reformas cosméticas, repitiendo en su mayoría las recomendaciones de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública (por supuesto influenciada por Hacienda y el actual Ministro de Salud, los guardianes de la fortaleza), lo que trasmite al pueblo colombiano el mensaje de que acceder a los servicios supuestamente garantizados por la Ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que puedan pagar un plan complementario o una póliza prepagada, y a los trabajadores de la salud, la dura realidad de que continuaran sin derechos laborales. Es decir, que el proyecto de universalidad y equidad que se vendió al país hace 25 años, con un SGSSS igual para todos los ciudadanos, es y seguirá siendo inalcanzable, a decir de los expertos económicos, que no tienen reparo para criticar la Ley Estatutaria. (Martínez, 2018) [-]

### **El financiamiento, ¿progresivo o regresivo? [t3]**

El esfuerzo estatal para financiar la salud, producto de la reforma constitucional de 1968, que creó el situado fiscal y permitió posteriormente el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en 1975, se basaba en un impuesto francamente progresivo, de renta y complementarios, que gravaba a la población de mayores ingresos y las utilidades de las empresas, pues se enmarcaba en los conceptos de redistribución del ingreso, debatidos en la época bajo influencia de la Comisión Económica para América Latina (Cepal).

Pero esta política se modificó radicalmente a partir de las reformas “pro mercado”:

[-] La política tributaria cambia considerablemente con la globalización y la aplicación de las recetas neoliberales del Consenso de Washington. Una serie de reformas tributarias (Ley 49 de 1990, Ley 6ª. de 1992, Ley 223 de 1995, Ley 488 de

1998, Ley 633 de 2000 y Ley 863 de 2003), se concentraron en aumentar el Impuesto al Valor Agregado –IVA– (antes llamado impuesto a las ventas antes y ahora nuevamente) y extender este tributo a múltiples productos y servicios, incluso aquellos pertenecientes a la canasta básica de consumo de los hogares, con lo que se incrementó su peso entre los ingresos tributarios de la nación. La participación del IVA fue del 9 % en 1970, para la década de los 80's alcanzaba en promedio 31%, y finalmente, para los años transcurridos entre 1992 y 2010 se situó alrededor del 43%. Mientras tanto, la participación del impuesto a la renta y complementarios se mantuvo estable, promediando un 42% para todo el período analizado.

El IVA se considera un impuesto más regresivo porque no guarda relación alguna con el nivel de vida de las personas que lo pagan, se cobra la misma tasa impositiva para todos, de manera que los hogares de menores ingresos destinan un porcentaje mayor de sus ingresos para cubrir este impuesto, en relación con los hogares de ingresos más altos. Por esta razón, se puede concluir que las fuentes de financiación derivadas de los ingresos tributarios de la nación, como fuente de financiación de la salud de la población no contributiva (subsidiada y no afiliada), han evolucionado de una fase inicial ampliamente progresiva, a una mucho más regresiva, tras las reformas identificadas a lo largo del período estudiado. Otros recursos, provenientes de impuestos de carácter departamental, se destinan también a la financiación de la población no contributiva, tales como los impuestos a los licores, cigarrillos y juegos de azar. Estos impuestos, por definición pueden ser considerados regresivos, en la medida en que son un porcentaje fijo del precio, pero son especialmente regresivos, cuando se aplican a productos de consumo masivo por parte de la población de menores ingresos, como los incrementos de impuestos a la cerveza, el tabaco y las apuestas permanentes establecidos por Ley 1393 de 2010, por el Gobierno Uribe con el propósito de lograr la universalidad del SGSSS. (Martínez y García, 2011, pp. 47-48) [-]

Pero la decisión política sobre el financiamiento de la salud, que define en última instancia la tarifa fundamental del Sistema, todavía se profundiza. El marco fiscal va a pesar mucho más sobre la UPC a partir de la reforma tributaria del Gobierno Santos de diciembre de 2012 (Ley 1607 de 2012), expedida simultáneamente con la liquidación de la Comisión de Regulación. Esta reforma suprime los aportes parafiscales para salud por parte de los patronos a todas las empresas con ánimo de lucro, recursos que en adelante el Gobierno proveerá del presupuesto nacional.

Para compensar esta nueva erogación del presupuesto del Gobierno central, equivalente al 8,5% de los salarios de los trabajadores de empresas privadas afiliados al Régimen Contributivo, la reforma tributaria crea un nuevo impuesto sobre las utilidades, llamado el impuesto a la equidad (CREE), que debe reemplazar los ingresos parafiscales procedentes de los aportes de los patronos para salud, aproximadamente 6 billones de pesos (unos 3000 millones de dólares) para el 2014.

En la siguiente tabla publicada por el Ministerio de Salud (2018) puede observarse que, en efecto, el Gobierno cumple con este rubro, que significa el 3% de los recursos, pero, al mismo tiempo, reduce severamente otros rubros, como aportes de la nación y excedentes financieros Fosyga, este último procedente de las cotizaciones. En síntesis, el presupuesto se vuelve estable en pesos constantes, mientras el *per capita* aumenta año tras año en valor real, lo que determina un incremento crítico del desfase entre ingresos y gastos del Sistema.

**Tabla 1. Fuentes de recursos del SGSSS, 2014-2017**

(Millones de pesos constantes de 2017)

Fuentes	2014	2015	2016	2017*	Contrib. a variación total 2017 (%)
Cotizaciones	17.242.978	17.333.971	17.644.636	18.124.044	1,13
Impuesto CREE	6.516.564	7.275.697	7.316.198	8.603.891	3,02
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	442.085	373.957	786.187	1.217.610	1,01
Cajas de Compensación Familiar	761.623	452.667	415.570	547.810	0,31
Sistema General de Participaciones (SGP)	7.733.239	7.728.741	7.941.930	8.524.176	1,37
Rentas cedidas	1.682.134	1.766.243	1.831.231	1.831.486	0
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.276.447	1.346.130	1.408.276	1.568.296	0,38
Subcuenta de Garantías para la salud	874.984	963.185	314.876	117.476	-0,46
Excedentes Financieros Fosyga	2.823.384	561.709	664.012	169.607	-1,16
Desahorro FONPET para R. Subsidiado	-	110.067	832.684	700.000**	-0,31
Compensación Regalías	137.183	117.542	117.545	117.561	0
Esfuerzo Propio	103.957	89.575	90.213	90.226	0
Aportes Nación	4.098.654	2.963.469	3.249.261	1.541.719	-4,01
<b>Total recursos según fuentes</b>	<b>43.693.233</b>	<b>41.082.952</b>	<b>42.612.617</b>	<b>43.153.902</b>	<b>1,27</b>

Fuente: Ministerio de Salud (2017, p. 126).

El Gobierno promocionó la reforma señalando que, al suprimir “impuestos” sobre los salarios y reducir los costos laborales, mejoraría la rentabilidad de las empresas y favorecería el empleo, especialmente en las actividades económicas intensivas en trabajo. En medio de una bonanza petrolera y minera, el nuevo impuesto a las utilidades, que sustituyó los aportes parafiscales, buscó gravar en mayor medida a los sectores energéticos, que habían alcanzado en la última década un porcentaje impresionante de excedentes brutos de explotación sobre el valor agregado, especialmente debido a francas políticas de favorecimiento a la inversión extranjera (“confianza inversionista”) originadas en el mismo Estado.

Al convertir los tradicionales aportes parafiscales de los patronos, para el financiamiento de la seguridad social en salud, en recursos fiscales, el Régimen Contributivo deja de ser tal. Es decir, pasa a ser otro régimen financiado fundamentalmente por el presupuesto nacional, aunque con algunos aportes de los trabajadores, sujeto a los vaivenes del marco fiscal y dependiente, por tanto, de las decisiones políticas del Gobierno. Otro régimen subsidiado. Es bien sabido que los sistemas de salud financiados fundamentalmente con recursos del

presupuesto nacional resultan gravemente afectados periódicamente (ejemplos repetidos en toda Latinoamérica) por crisis fiscales y económicas propias del comportamiento cíclico del crecimiento económico, por lo que el Sistema quedará sujeto a mayor riesgo que cuando venía siendo financiado fundamentalmente con los recursos provenientes de aportes de patrones y trabajadores (Martínez, 2015).

Ya se ha revisado previamente cómo la regulación de la tarifa fundamental del Régimen Subsidiado ha estado sujeta a las decisiones políticas del Gobierno y del Ministerio de Hacienda “compatibles con el marco fiscal de mediano plazo”, y bastante alejada de cualquier racionalidad “técnica” para el funcionamiento de un mercado y las consecuencias sobre el Sistema. Esta va a ser en adelante, igualmente, la situación y las perspectivas de la tarifa fundamental del Régimen Contributivo.

Por supuesto que, para un inversionista, hay una gran diferencia entre aquellos negocios entregados a inversionistas privados y regulados por el Estado, que permiten excedentes brutos superiores al 70%, como el sector de energía, y aquellos que solo tienen posibilidades de extraer excedentes inferiores al 20% del valor agregado, como los del sector salud (en promedio y con gran variación entre negocios de medicamentos y negocios hospitalarios). Una baja posibilidad de excedentes y, por tanto, de rentabilidad en los negocios propuestos por el Estado en la regulación inicial limitó de hecho las posibilidades de retorno de la inversión y, en consecuencia, de formación y crecimiento de un mercado. Así, la reducida posibilidad de excedentes acaba produciendo fenómenos como la “extraña privatización” y la subcultura o “economía especial” del SGSSS, que muchos empresarios e inversionistas de cualquier nacionalidad parecen no estar dispuestos a aceptar (Martínez, 2015).

Se dirá que, en el sector de electricidad, gas y agua, las inversiones son mucho más cuantiosas y que, por tanto, requieren márgenes brutos de explotación mucho más amplios para amortizar el capital invertido. Pocas personas creen eso hoy en día, pero aun si lo creyeran, no se explican diferencias tan abismales. Simplemente hacen parte de la misma política económica, que en un sector ofrece grandes beneficios a los inversionistas extranjeros y en

otro no ofrece ninguno. Curiosamente, la regulación en el sector energético permite una de las más altas tarifas de América, la que deben pagar ciudadanos y empresas a costa de frenar el consumo de los hogares y la rentabilidad de otros sectores económicos, como la industria (Arango, 2013), mientras en el sector salud, donde el pagador fundamentalmente es el Estado -cada día en mayor proporción-, la regulación fija una tarifa gravemente restrictiva, centrada en la cuestión fiscal (Martínez, 2015).

Por lo anterior, desde el comienzo de la operación del SGSSS se observó el abandono progresivo de los inversionistas privados en el negocio del aseguramiento y la llegada de grupos francamente rentistas, “sin ánimo de lucro”, con la intención de sacar beneficios secundarios de los recursos recibidos del Estado para la atención en salud a través de IPS o negocios de medicamentos, suministros u otro tipo de servicios, integrados verticalmente, o del poder que otorga el manejo de recursos millonarios. En el Régimen Subsidiado, por otra parte, algunas EPS fueron captadas por políticos para sus propósitos clientelistas e incluso por grupos fuera de la ley.

Más tristes aún resultan las inversiones privadas en el negocio de prestación de servicios de salud (IPS), es decir, en clínicas y hospitales. Un estudio de la Universidad Nacional sobre la equidad en el acceso y la inexistente oferta de servicios de salud en grandes zonas de Bogotá, habitadas por grupos sociales de mediano y bajo poder adquisitivo, aunque todos asegurados, señala:

[...] Las inversiones privadas tampoco parecen interesarse en la construcción de hospitales, quizás porque la tasa de retorno de la inversión resulte poco llamativa o francamente negativa. La privatización reciente ha consistido principalmente en tomar viejas instituciones públicas, con lo que se evitan los costos reales de la creación de nuevas instituciones hospitalarias, o bien se concentra en localidades (y grupos sociales) con poder de pago superior al del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El estudio deja en claro por

tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos [...]. (Martínez, 2012, p. 288) [-]

Se puede concluir que este juego de competir mediante la calidad de los servicios, con una tarifa fijada por el Estado, ampliamente descrito, no tiene nada que ver con aquel “libre mercado” inventado en el siglo XVIII por los fisiócratas para dejar jugar los precios, entre unos límites máximo y mínimo señalados por el Estado (límites que definían la apertura las válvulas de las exportaciones o las importaciones), mecanismo que permitió mantener un precio moderadamente alto del trigo, útil para garantizar rentabilidad a los agricultores y, por tanto, el abastecimiento necesario para evitar las hambrunas. Definido el marco en el que fluctuarían libremente los precios, no se precisaba el control policivo de la especulación y el acaparamiento. De este modo quedó inventado por el Estado el “libre” juego de la oferta y la demanda, mecanismo de autorregulación copiado de los sistemas de autocontrol desarrollados por la naciente tecnología industrial, como el de la máquina de vapor o el del tanque del retrete, como señalara Foucault (Castro-Gómez, 2010).

Bourdieu, en el mismo sentido, señala que “el mercado de las viviendas es fruto de una construcción social, a la que el Estado contribuye decisivamente mediante la elaboración de la demanda”, además de definir todas las variables que inciden en la oferta (Bourdieu, 2003, p. 32).

[-] En este “particular mercado” de la salud, no sólo el Estado define todas las variables que inciden en la oferta y la demanda, sino que también crea las empresas, decide los ingresos y los gastos, fija las tarifas, maneja los recursos, define quienes pueden tener utilidades y quienes no, informaliza los trabajadores e incluso quiebra instituciones al por mayor, y todo lo hace *en nombre del mercado*. Además, logra

culpabilizar a las instituciones y a los ciudadanos de la crisis permanente en los servicios de salud. (Martínez 2015, p. 24) [-]

### **La equidad perdida. Grandes diferencias en acceso, oportunidad y calidad de los servicios [t3]**

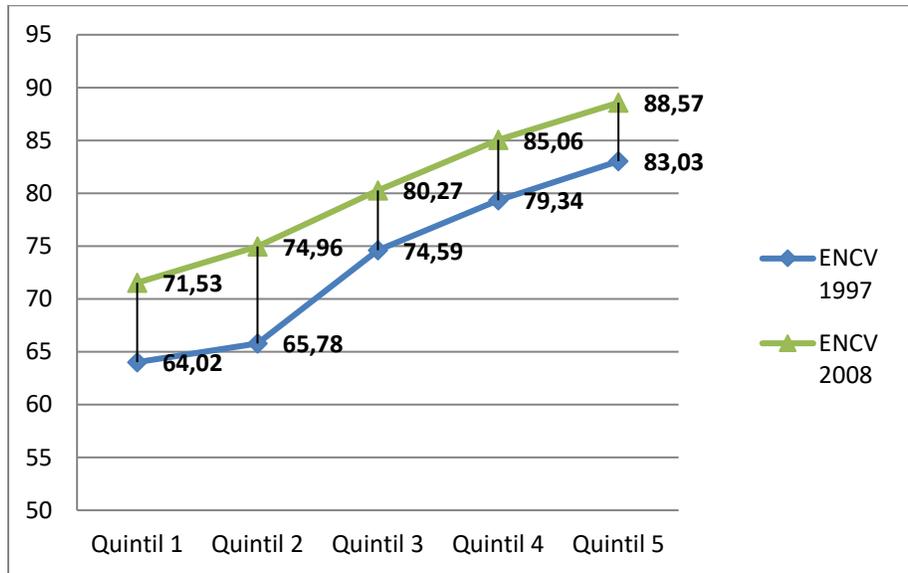
Algunos estudios defienden los avances en equidad y en acceso a los servicios, pero solo presentan este acceso a los servicios básicos y no siempre utilizan métodos válidos de comparación entre los distintos años. En su estudio sobre equidad en el financiamiento (Martínez y García, 2012), Fedesalud compara diferentes encuestas basadas en el mismo tipo de medida: por una parte, las Encuestas de Calidad de Vida, que permiten observar el avance real en términos de cobertura y equidad en el acceso a los servicios básicos y, por otra, la Encuesta Nacional de Salud 2007, que devela el limitado acceso y la persistente inequidad en los servicios especializados:

[...] Las Encuestas de calidad de vida muestran una mejoría en el acceso a consulta básica entre 1997 y 2008 para los quintiles 1 y 2 de ingreso algo superior a la mejoría presentada por los demás quintiles, pese a la cual, las desigualdades en el acceso siguen evidenciando un importante gradiente, de modo que se podría hablar de una pequeña mejoría en términos de equidad en este periodo [gráfico 6].

[...]

Una mirada a los servicios de consulta especializada, a través de los resultados de la ENS 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2010) permite observar grandes diferencias en el acceso en función del régimen de seguridad social, por ejemplo el acceso al especialista para el control de la diabetes o la hipertensión. (Martínez y García, 2012, pp. 141-142) [-]

**Gráfico 6. Porcentaje de atendidos por médico o enfermero, de quienes se sintieron enfermos, según quintil de ingreso, ENCV 1997 y 2008**



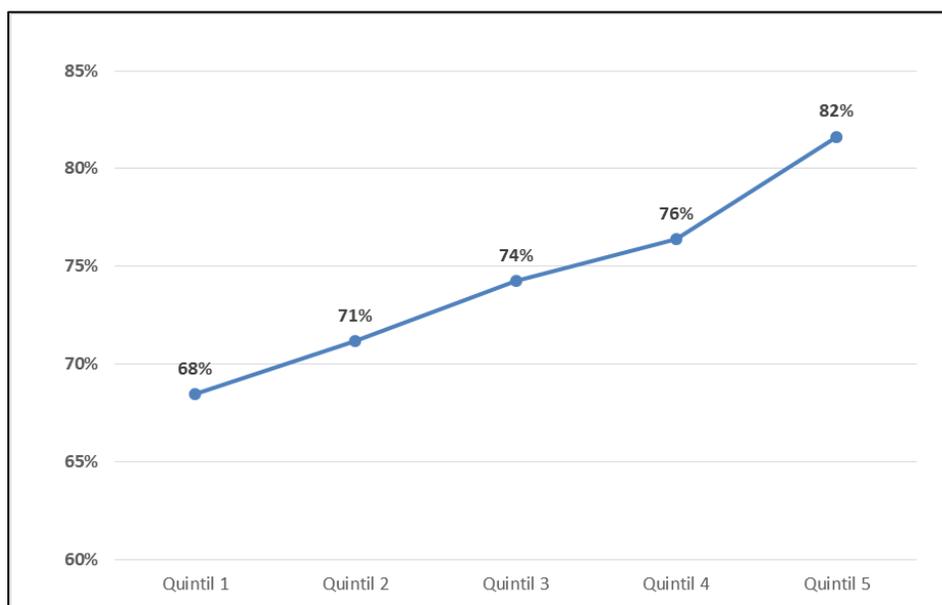
Fuente: Martínez y García (2012, p. 142).

Señala finalmente Fedesalud:

[-] En conclusión, los resultados de estas grandes encuestas señalan una mejoría en el acceso a la atención básica para todos los quintiles, pero esta mejoría es algo mayor para los quintiles de menor ingreso, pese a la cual se sigue presentando un importante gradiente de inequidad por esta variable “proxi” de posición social. (Martínez y García, 2012, p. 142) [-]

La Encuesta de Calidad de Vida 2016 cambia la pregunta sobre atención básica a las personas que se sintieron enfermas en los últimos 30 días, separando la atención del Sistema (una IPS) de la atención por médico particular, y arroja resultados por quintil que confirman la desigualdad en el acceso. (gráfico 7)

**Gráfico 7. Personas que se sintieron enfermas en el último mes, atendidos en IPS o por profesional particular, por quintil de ingreso, ECV 2016**



Fuente: DANE (2016).

En la medida que los servicios se vuelven más complejos, las inequidades se tornan más graves. La inoportunidad del diagnóstico en cáncer, por ejemplo, o la inaccesibilidad de otros tratamientos de alto costo u complejidad son fenómenos repetidos y suficientemente evidenciados en el Régimen Subsidiado, a tal punto que conforman ya un anecdotario nacional.

Al otro extremo de la complejidad, respecto a un servicio clave en términos de prevención, como la vacunación, la Procuraduría General de la Nación (2008) explicita: “Por ejemplo, en estos quince años hubo un debilitamiento de los programas de vacunación y los resultados en esa materia distan de ser satisfactorios”. Y agrega:

[...] Por último, y tal vez más grave aún, en ciertos aspectos, como los relativos a la salud pública y en especial a las estrategias de vacunación y prevención de ciertas enfermedades, ha habido incluso deterioros importantes. Diversos indicadores

muestran que en materia de vacunación ha habido un retroceso en términos de cobertura y de equidad [...]. (Procuraduría General de la Nación, 2008, p. 10) [-]

Al respecto, agrega la Procuraduría:

[-] La siguiente tabla ilustra esos retrocesos y las inequidades que subsistían tras diez años de aplicación de la reforma en relación con uno de los factores usuales de inequidad en materia de salud, que es la capacidad económica, pues muestra los niveles de vacunación infantil por quintiles de ingreso entre 1990 y 2005. Igualmente calcula la relación entre el quintil (20% con mayor ingreso) y el quintil 1 (20% con menor ingreso). [-]

**Tabla 2. Inequidades en los esquemas completos de vacunación 1990 – 2005**

	1990	1995	2000	2005
<b>Q1</b>	67,0	60,2	52,6	63,7
<b>Q2</b>	73,0	72,5	66,6	67,0
<b>Q3</b>	83,4	73,4	70,9	77,4
<b>Q4</b>	86,5	77,8	74,2	74,6
<b>Q5</b>	84,5	79,3	71,0	82,7
<b>Total</b>	77,9	71,5	66,0	71,2
<b>Q5/Q1</b>	1,26	1,32	1,35	1,30

Fuente: Flórez y Soto (2007, p. 8).

En informe sobre la situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia de julio del 2000, señala el Instituto Nacional de Salud:

[-] Los procesos de descentralización y reforma por los que ha venido atravesando el sector de la salud en el país en los últimos 10 años, plantean una urgente revisión de la práctica de la salud pública, tanto nacional como localmente, que fortalezca el

liderazgo de las autoridades sanitarias y se vea reflejado en la efectividad de estas acciones colectivas. El paso de un modelo vertical, como el del Sistema Nacional de Salud donde la responsabilidad de la prestación, el aseguramiento y la financiación de las acciones en salud pública correspondía al Estado –desde el orden nacional, principalmente, y con ejecución directa por los departamentos– a un modelo horizontal, con responsabilidades ordenadas por niveles hasta el municipio y con prestación, aseguramiento y financiación de actores públicos y privados, está mostrando una grave competencia de intereses económicos que está resultando en el deterioro de las acciones en salud pública.

El escenario teórico, planteado en la actualidad, presenta grandes vacíos en su desarrollo: el orden municipal, encargado de la entrega final a la población de las acciones en promoción de la salud, prevención, control y vigilancia de enfermedades, que coordinaba actores y sectores para su cabal ejecución, nunca estuvo capacitado para este desarrollo. El modelo de atención primaria, heredado del anterior sistema nacional de salud, no ha tenido una adaptación y una orientación claras en el nuevo sistema que, en realidad, puedan contribuir a las aspiraciones del aumento de cobertura con calidad y a la capacidad de anticiparse a los problemas y controlar efectivamente los brotes, las epidemias y los factores de riesgo.

Presenciamos el deterioro de los programas prioritarios de salud pública como se puede apreciar a continuación con la presentación de datos, cifras y hechos, la situación actual de estos programas. (INS, 2000) [-]

Años después, en el estudio “La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria”, señala Gómez:

[-]Los tomadores de decisiones son responsables ante la sociedad por mejorar la salud de la población. A este respecto los indicadores de evitabilidad pueden revelar

situaciones de éxito y fracaso, que podrían ayudares a sustentar sus políticas y programas.

Para el caso colombiano, el presente estudio puso en evidencia un deterioro en varios indicadores de mortalidad que contrasta con el aumento en el gasto en salud de los últimos años. El deterioro de algunos de los indicadores revela un evidente fracaso en la política sanitaria del país. En otros casos la situación fue más compleja pues el estancamiento y los deterioros observados sugieren el efecto de otras políticas sociales que pudieron haber sido nocivas para la salud y la acción de otros determinantes que no fueron objeto del presente estudio.

De cualquier manera, los hallazgos deben hacer pensar a los tomadores de decisiones, responsables de la salud en Colombia, en la necesidad de revisar seriamente una política sanitaria que ha reactivado el negocio de los seguros y los servicios médicos, pero ha mostrado ser muy limitada para controlar muertes que pudieron evitarse. (2008) [-]

Según el estudio “Carga de enfermedad Colombia” (Cendex, 2008), la esperanza de vida al nacer aumentó de 67,7 años a 73,3, es decir, 5,5 años, entre los estudios de 1995 y 2005. Sin embargo, los años de vida que se ganaron no son de vida saludable sino de discapacidad, que alcanza un promedio de 18 años o el 25% de la expectativa de vida de los colombianos, mientras se conserva la expectativa de vida saludable en tan solo 55,3 años, cifras que podemos comparar, por ejemplo, con México, que contaba con tal solo 10,5 años de discapacidad (14% de la vida) y 65,8 años de vida saludable en el 2000.

Por otra parte, el estudio de “Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los Sistemas de Salud”, del Observatorio de Salud para América Latina y el Caribe (Martínez *et al.*, 2011), muestra a Colombia con coberturas de vacunación para menores de un año que apenas superan a Bolivia y a Haití, además de señalar una deplorable cobertura efectiva de atenciones a hipertensos y diabéticos.

**Tabla 3. Resultados de las intervenciones en salud infantil (oportunidad de la vacunación en porcentajes, países de Latinoamérica)**

<i>Intervención</i>	<i>Bolivia</i>	<i>Colombia</i>	<i>Chile</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>Haití</i>	<i>Honduras</i>	<i>Perú</i>	<i>República Dominicana</i>
BCG	65.5	61.0	100.0	86.0	57.9	77.8	92.2	92.8
DPT	67.0	76.7	97.0	88.0	66.6	83.2	92.6	82.6
VOP	66.9	76.0	97.0	88.0	65.7	83.1	92.5	82.7
Sarampión /MMR	73.0	85.4	95.0	89.0	78.6	89.8	87.5	82.6

Fuente: Martínez *et al.* (2011, p. 82).

Es importante señalar que el artículo 11 de la Ley 1438 de 2011 sobre contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención constituyó un paso desafortunado, una barrera para el avance de la indispensable descentralización en salud pública y un retroceso en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial.

[ - ] Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Este artículo resulta francamente opuesto a los conceptos previamente esbozados de gestión territorial de la salud pública, pues según la OPS/OMS, el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que les corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de

salud en los diferentes niveles territoriales. Esto incluye no solo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública.

Se reduce el concepto y la función, se sumerge la salud pública en los hospitales, quedando supeditada a los intereses de estas instituciones, simplemente para ayudarles a superar su crisis; se trasladan no solo las funciones sino las responsabilidades de las autoridades territoriales y se prescinde del ámbito de la Política Pública, la que va dirigida a la protección del pueblo como obligación del Estado, pero que por lo general incluye también el papel de los ciudadanos, en la definición y en la acción. Simplemente se utilizan los recursos de promoción y prevención para mitigar la crisis financiera de los hospitales. (Martínez, 2013, pp. 125-126)

Al comienzo del proceso descentralizador, con la Ley 10 de 1990 se crearon las direcciones territoriales de salud para “deshospitalizar” la salud pública, dando a entender que esta no depende de los sistemas de atención a las personas y, por el contrario, los sistemas de atención a las personas son los que deben obedecer a las necesidades de salud pública y supeditarse a la autoridad sanitaria. La necesidad de mejorar la rentabilidad de los hospitales, perdida estructuralmente, se pretende tristemente compensar con los recursos de salud pública.

### **Las falencias en la prestación de servicios a la población dispersa. Los negocios médicos muestran aversión a los pobres [t3]**

Una década después de puesta en marcha la reforma “promercado” de la seguridad social, se advertían graves problemas para la atención en salud de la población dispersa, pues el sistema

de subsidios a la demanda no se ajustaba a las necesidades de estas poblaciones, alejadas de los servicios de salud que deberían demandar.

Las especiales características de los antiguos “Territorios Nacionales”, departamentos de la Orinoquía y la Amazonía, por ejemplo, implicaban en el anterior Sistema Nacional de Salud unas condiciones de oferta de servicios de salud muy particulares. La población dispersa, en su gran mayoría indígena, prácticamente no demanda servicios y, de hecho, no disfrutaría de ninguno, de no ser por la oferta activa de servicios llevada hasta los asentamientos de las comunidades rurales dispersas por parte de equipos multidisciplinarios de atención, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre las Direcciones de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas.

En el estudio “El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana. La problemática de la población dispersa” (Martínez *et al.*, 2005), que analizaba la situación de salud en el departamento del Chocó y la región de Tumaco del departamento de Nariño (donde la mayoría de sus habitantes, afroamericanos, también reúnen las características de población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud), se señalaba que “no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque los servicios a los ciudadanos” (p. 15).

Los ciudadanos de la región Pacífica, como los de la Amazonía, pobres en su gran mayoría, habían sido formalmente afiliados a alguna de las administradoras o aseguradoras del Régimen Subsidiado a las que el Estado pagaba por sus servicios de salud. El Gobierno se enorgullecía públicamente de haber asegurado a la población, de haber extendido la cobertura, pero la gran mayoría de estos ciudadanos no lograba acceder a los servicios de salud.

Según una investigación de Fedesalud

[-] La inaccesibilidad geográfica es en realidad una inaccesibilidad económica en función de los costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda hacia los centros de salud. Los ciudadanos, pobres por definición y clasificación en su mayoría (especialmente los afiliados al Régimen Subsidiado), deben sufragar estas altas tarifas de transporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales, si quieren acceder a la atención médica u odontológica. (Martínez y otros, 2005, p. 6) [-]

En el 2015, nuevamente Fedesalud, en respuesta al auto 408 de 2014 de la honorable Corte Constitucional, señala:

[-] En este punto hemos señalado reiterada y públicamente que sistemas de salud basados en el mercado como el nuestro, con el incentivo dado a los aseguradores de restringir el gasto en salud y por tanto la demanda y oferta de servicios, para obtener mayores utilidades, constituyen un verdadero castigo para las poblaciones dispersas, ya que al asegurador no le convendrá hacer ningún esfuerzo para disminuir las barreras de acceso, lo que significaría aumentar sus gastos, a fin de llevar efectivamente servicios a la población dispersa. Por ello se limitará a atender “la demanda” y como la población no puede “demandar”, el negocio resultará más rentable, mientras el carnet de aseguramiento del régimen subsidiado acaba sirviendo a las familias poco más que la estampita de algún santo. Para resaltar el tema con algún dramatismo, explicábamos, “es como si algún bogotano de clase media o alta contara con un seguro de salud costoso en Norteamérica, y no tuviera visa”.

También afirmamos, por ejemplo, cuando fue solicitado nuestro concepto sobre la causa de un número importante de muertes infantiles en comunidades indígenas del Chocó, que lo que en realidad nos extrañaba era que no murieran más niños, ante la grave situación sanitaria y la inaccesibilidad total a los servicios de salud. El mismo concepto de inaccesibilidad lo hemos reiterado ante distintos tribunales, cuando se nos ha sido solicitado. Nada ha cambiado diez años después del estudio, salvo que el Gobierno anterior puso el Régimen Subsidiado en Chocó en manos de la EPS pública

que utilizaba abiertamente para el manejo político clientelista, e intervino la prestación de servicios y, ahora, tras las dos intervenciones gubernamentales, la situación ha empeorado, pues ya no sólo no se accede a los servicios básicos, sino tampoco se cuenta con servicios hospitalarios de calidad –dada la profundidad de la crisis–. (Fedesalud, 2015a, pp. 15-16)<sup>13</sup> [-]

Fedesalud, igualmente, en respuestas auto 47 de 2015 y convocatoria a Sesión Técnica de la Honorable Corte Constitucional, señalaba:

[-] En segundo lugar, como causa de las anomalías presentes, deben señalarse las graves deficiencias de los servicios hospitalarios para las poblaciones dispersas, en virtud de los graves problemas financieros creados por una política de financiamiento genérica, vía demanda, es decir por venta de servicios a las EPS, uniforme para todo el país y que no contempla las necesidades específicas de las poblaciones en zonas de dispersión geográfica. Debe precisarse que es indispensable mantener hospitales abiertos para estas poblaciones dispersas, pequeñas y con pocas posibilidades de demandar por las barreras geográficas y culturales, aunque no resulten rentables, dada la baja densidad poblacional y la consecuente escasa demanda, lo que supone un financiamiento de carácter específico para tales condiciones igualmente particulares. (Fedesalud, 2015b, p. 6) [-]

Para que no quede duda alguna sobre el grave problema de acceso a los servicios de salud de las poblaciones dispersas y la validez incontestable de lo investigado y denunciado reiteradamente por Fedesalud, se pueden revisar los documentos oficiales del propio Ministerio de Salud y Protección Social. Sin excepción, todos los estudios anuales para el cálculo de la UPC realizados por el Ministerio de Salud en los últimos diez años<sup>14</sup> confirman

---

<sup>13</sup> La Corte Constitucional llegó a ordenar en el 2015 acciones urgentes y una intervención coordinada de las instituciones de Gobierno ante la ausencia de medidas estatales integrales y pertinentes para enfrentar los obstáculos en el acceso a la prestación de los servicios de salud del departamento del Chocó, especialmente en el hospital San Francisco de Asís.

<sup>14</sup> Ver los “Estudios de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, año 2005 en adelante.

que es menor el gasto *per capita* de las EPS en las zonas especiales, con poblaciones dispersas, que el de los restantes grupos poblacionales, a pesar de que reciban una UPC superior. Igual lo señalan los estudios de la Universidad Nacional para la CRES en el 2010 y el 2011. Por esta causa, de hecho, el Ministerio ha reducido el pago adicional, desde el 25% que concedía al inicio de la operación del Sistema, hasta el 11% actual, aunque lo haya extendido a más municipios.

Cabe aclarar, finalmente, que los grandes conglomerados urbanos y sus municipios vecinos actualmente reciben un pago adicional a la UPC del 15%, superior al que reciben los mencionados 364 municipios de zona especial (Resolución 5925 del 23 de diciembre de 2014), hecho que acaba de demeritar el supuesto diferencial a favor de estas poblaciones que esgrime el Ministerio de Salud en su respuesta a la Corte Constitucional.

Dada la reiteración de estas situaciones, la Ley Estatutaria de 2015, en su artículo 24, establece el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas:

[...] El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. [...]

Por primera vez, un poder del Estado le dice claramente a otro, el Ejecutivo, que la rentabilidad social de las instituciones hospitalarias está por encima de las consideraciones sobre rentabilidad económica, en estos casos.

[...] En nuestro país, los derechos sociales y la protección social no logran reducir la desigualdad originadas en la historia de exclusión a un nivel admisible. En suma no logran modificar la historia de exclusión y apenas actúan como paliativo. Quiere decir ello que no son capaces de desdibujar o compensar el peso del pasado, ni las desigualdades del presente, para hacer menos desiguales las condiciones del futuro. No alcanzaron ni siquiera “el derecho a tener derechos” (Marshall 1949) los miles de

niños pertenecientes a las comunidades indígenas que murieron los últimos años en el departamento de La Guajira. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) dictó medidas cautelares en protección de niños y adolescentes de las comunidades Wayú de los municipios de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao. La decisión se basó, según la CIDH, en que los cobijados con estas medidas estarían en riesgo de salud por desnutrición y por la presunta falta de acceso al agua, situación que, señala la Comisión, habría causado la muerte a 4770 niños de esa comunidad indígena durante ocho años.

Igual sucede con los niños de comunidades indígenas del Chocó y a muchos más de los grupos sociales más postergados. Nutrición deficiente, condiciones sanitarias precarias, imposibilidad de construir salud, ciudadanos sin posibilidades de futuro. Condenados antes de nacer, por ser hijos de condenados por la historia de exclusión. ¿Cuál igualdad de estatus? ¿Cuáles derechos mínimos? Tan sólo el vergonzoso espectáculo de la diferencia en el valor de la vida, del desprecio por la vida de las clases marginadas. (Martínez, 2017, p. 162) [-]

En 2018, en respuesta a las muertes de niños de la etnia wayú, la Corte Constitucional declaró el estado de cosas inconstitucional en el departamento de La Guajira, para proteger el derecho a la vida, a la salud (fundamentales de los niños) y a la igualdad, y hacer cumplir lo establecido en convenciones internacionales sobre derechos humanos y de los niños por conexidad. La Corte estableció que:

[-] El derecho a la salud es esporádico o incluso inexistente para algunas comunidades wayuu. Los niños y niñas que sufren de desnutrición encuentran dificultades en la atención en salud debido a un modelo de atención inadecuado para las zonas rurales dispersas, la falta de disponibilidad de la red hospitalaria y los problemas administrativos. Por ende se deben fortalecer la totalidad de infraestructura en salud que garantice tanto el acceso como la prestación idónea del servicio, creando redes

de servicios que traspasen las barreras de acceso en las zonas rurales dispersas.  
(Sentencia T-302 del 2017) [-]

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas sobre cómo la oferta de los servicios de salud (determinada por el mercado) no llega hacia la población pobre, alejada de los centros urbanos, recientemente se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre, en una investigación realizada precisamente en Bogotá, la concentración poblacional más grande del país, que supera los ocho millones de habitantes.

La investigación “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” (Martínez, 2012) es la primera que permite observar las deficiencias en la oferta de servicios a las poblaciones del Distrito Capital, según localización geográfica y posición social.

Un análisis clásico de la equidad en el acceso a los servicios de salud se relaciona con la accesibilidad geográfica, dada la concentración de servicios de salud de mediana y alta complejidad en zonas urbanas y, dentro de ellas, en barrios o comunidades con mayor capacidad adquisitiva. Según la investigación,

[-] Este hecho parece haberse tornado más crítico en nuestro país, donde la oferta de servicios de salud hace décadas no se desarrolla mediante una planificación cuidadosa, en función de las necesidades de servicios de la población, y se ha dejado a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que a la oferta de servicios seguiría la demanda. (Martínez, 2012, p. 241). [-]

La investigación demuestra que los habitantes de las localidades (comunas o colonias) con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica en

primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios (concentrados en otras localidades que tienen un excedente, de estos servicios para su población), lo que, en resumen, constituye una doble barrera, geográfica y económica, para el acceso a los servicios.

Agrega la investigación:

[...] Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepago de aseguramiento.

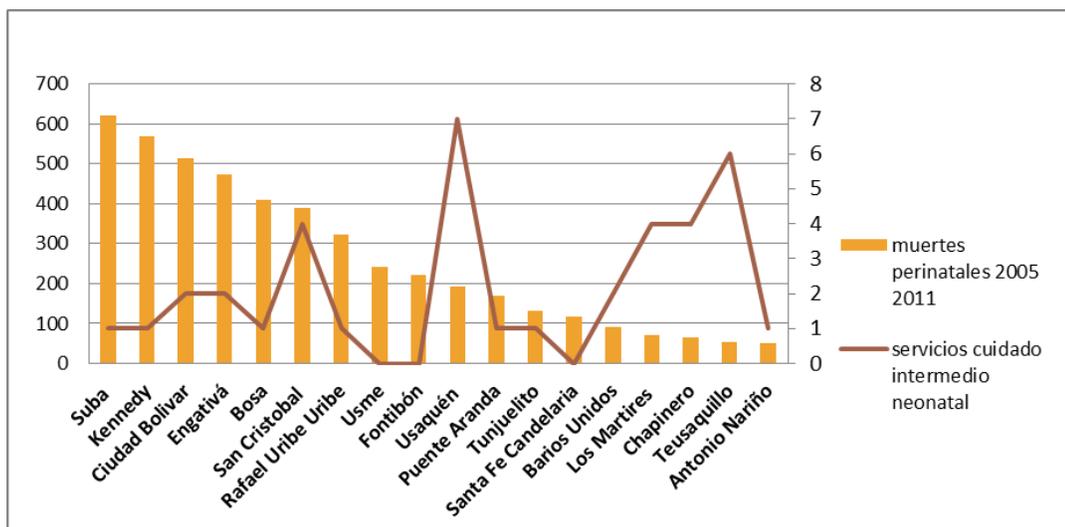
Los servicios hospitalarios para la población adulta repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del norte de la ciudad con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir, cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad.

Pero las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la

ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años de edad. Es preciso señalar adicionalmente otro agravante: el hecho de que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos nacimientos y menor mortalidad infantil. Por el contrario, en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, son deficitarios en términos generales, muestran menor disponibilidad por cien mil habitantes, así como menor disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad.

Del mismo modo, las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, como en el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año de edad por este tipo de enfermedades. (Martínez, 2012, pp. 268-269 ) [-]

**Gráfico 8: Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad**

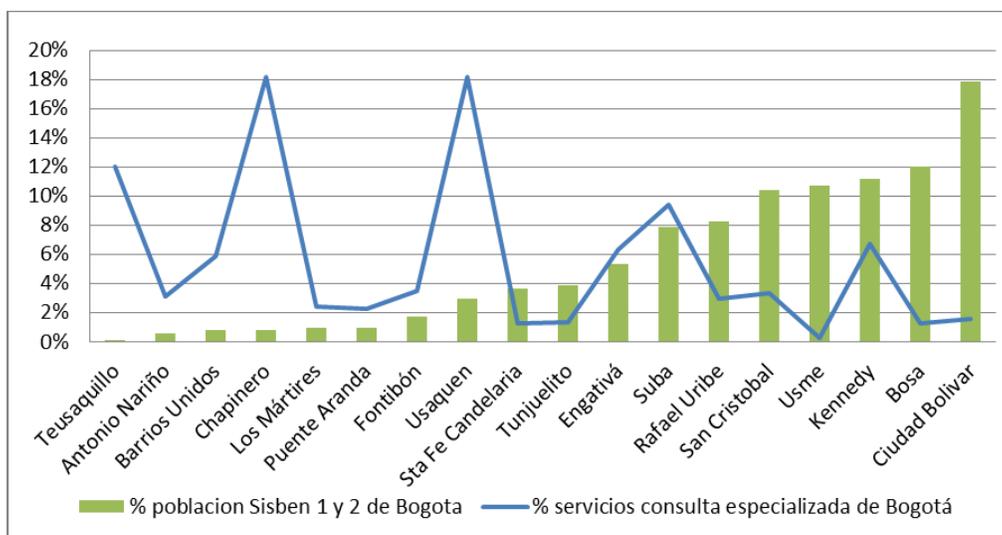


Fuente: Martínez (2012 p. 275).

Posteriormente la investigación desarrolla un análisis de equidad con una variable “proxi” de posición social, aquella utilizada precisamente por el Estado para determinar cuáles familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud o de otros sectores. Se utilizó la población identificada por el Sisbén en los niveles 1 y 2, según cifras de la propia Secretaría de Salud para el 2011, con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y la oferta de servicios por localidad.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud.

**Gráfico 9. Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población pobre clasificada como Sisbén 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad**



Fuente: Martínez (2012, p. 279).

La investigación, en sus conclusiones, deja abierta la pregunta de cómo asigna y distribuye el mercado, pues, supuestamente, el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la

demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

[...] Tal convencimiento sobre la asignación eficiente del mercado llevó al Ministerio de la Protección Social incluso a crear una Dirección de la Oferta y otra de la Demanda, que son prueba de un confesionalismo total respecto a las teorías económicas en boga y al mismo tiempo de un reduccionismo absurdo sobreimpuesto a la complejidad del sector salud. Si la teoría decía que la oferta iba a seguir a la demanda, y de esta manera el mercado iba a asignar con total eficiencia, ¿Por qué tan deprimentes resultados después de cerca de dos décadas de puesta en marcha la reforma pro mercado?

Otros estudios ya habían revelado hace algunos años que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios, por ejemplo los realizados también por el CID de la Universidad Nacional sobre este régimen (Arévalo y Martínez 2002), o los adelantados por Fedesalud en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005), o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Ruiz 1999) (Peñaloza y otros 2002).

Los resultados de la investigación dejan sin duda grandes interrogantes sobre ¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad? ¿Acaso la comodidad de los profesionales? ¿Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Localidades con cerca de un millón de habitantes, con mínimos servicios x 100.000 habitantes como Engativá y Suba, e incluso Kennedy tienen a la gran mayoría de su población afiliada al Régimen Contributivo.

Igualmente cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos

de desigualdad que este sistema genera? El estudio deja en claro por tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar. (Martínez, 2012, pp. 286 y 287) [-]

Otro ejemplo es el caso de departamentos con muchos municipios, como Cundinamarca, donde los hospitales de segundo nivel de atención que tenía el Sistema Nacional de Salud en cada provincia, fundamentales para garantizar la atención médica de la población sin barreras geográficas importantes, no se modernizaron y adaptaron a la tecnología necesaria para prestar servicios hospitalarios de mediana complejidad (que hoy se definen como cuidados intermedios). Es decir que, ahora, en el siglo XXI, este segundo nivel de atención ya no define tecnología intermedia en la atención médica, como lo significaba en el siglo XX, dado que estos hospitales no avanzaron al ritmo del progreso tecnológico mundial en atención médica y quedaron relegados a servicios hospitalarios que hoy se definen técnicamente como de baja complejidad. Las pocas especialidades con que cuentan hoy caben en la nueva definición de atención básica del Sistema, formulada en el Modelo de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Esta postergación y abandono tecnológico de los hospitales accesibles a las poblaciones de muchas provincias de los grandes departamentos obedece igualmente al abandono financiero originado en la supresión de los recursos de oferta, junto con la poca posibilidad de obtener recursos suficientes por venta de servicios al Régimen Subsidiado en poblaciones menores de 100.000 habitantes. La política de prestación de servicios los condenó al atraso tecnológico y a la crisis financiera permanente como a toda la red de servicios básicos del país para las poblaciones pobres que no habitan las grandes ciudades.

La consecuencia es que las poblaciones de muchas provincias tienen ahora su vida en riesgo ante cualquier situación crítica de salud que requiera estándares de servicios hospitalarios de un nivel de complejidad mediano o alto, pues estos servicios se encuentran a muchas horas de transporte por carretera, tiempos no recomendables en las normas internacionales para garantizar la atención oportuna de un neonato complicado, un infarto o un politraumatismo, y, por tanto, para mantener con vida a los pacientes hasta poder trasladarlo a las unidades con la tecnología necesaria para controlar médicamente la situación crítica.

Para completar el cuadro de inequidad social y prestación de servicios de salud, basta decir que en el último año el país presencia la inauguración de grandes clínicas de alta tecnología en Bogotá y otras grandes ciudades del país, con enormes anuncios en la prensa, en los cuales se deja claro a los ciudadanos que estas instituciones son únicamente para clientes privados de planes complementarios o de empresas de medicina prepagada. Es preciso aclarar, por supuesto, que de estas clínicas (que discriminan a los afiliados regulares del SGSSS) saldrán sin duda recobros por el uso de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores de altísimo costo, contra los recursos públicos en el Fondo del SGSSS (Adress). Al fin y al cabo, los clientes privados están también afiliados al Régimen Contributivo y las aseguradoras privadas son también EPS, que no van a pagar de su negocio privado de medicina prepagada estos servicios de “mejor clase”, sino con los recursos de todos los colombianos.

El mensaje (subliminal) que reciben a diario los ciudadanos es que acceder a los servicios, supuestamente garantizados por la ley y la Constitución, seguirá siendo un viacrucis, a no ser que tengan dinero para pagar un plan complementario o una póliza prepagada. La realidad es que el Sistema de Salud “resultante” tiene tres o cuatro clases de clientes: los de primera categoría, con póliza de medicina prepagada; los de segunda, con plan complementario; los de tercera, que solo cuentan con el Plan Obligatorio del Régimen Contributivo; y los de cuarta, afiliados al Régimen Subsidiado. Las EPS recuerdan los ferrocarriles del siglo XIX en Europa, con vagones distintos para clases sociales diferentes.

Quiere decir lo anterior que el proyecto de universalidad que se vendió al país hace 25 años, con un SGSSS igual para todos los ciudadanos, es y seguirá siendo inalcanzable, pues la oportunidad y calidad de los servicios siempre va a depender de la capacidad de pago de cada cliente, es decir, de los derechos de propiedad. En fin, el discurso de que los colombianos tienen iguales derechos (al menos ante el Sistema de Salud) no es ni será verdad mientras se refuerce el fundamentalismo político basado en el darwinismo social que se instrumenta con el modelo económico. El resultado es el opuesto: mayor fragmentación social, aunque no tan extrema como en pensiones o riesgos laborales.

Para la ONU (2007), políticas eficaces para corregir la pobreza, la desigualdad y la falta de oportunidades son una necesidad apremiante. Las políticas sociales, como parte integrante de las políticas públicas, proporcionan un conjunto de instrumentos para regular y complementar las instituciones del mercado y las estructuras sociales, asegurando la redistribución de la riqueza, la protección, la cohesión y la justicia social. Las políticas sociales complementan y refuerzan el desarrollo económico en la medida en que mejoran el capital humano y el empleo productivo.

Citando a Anete Ivo,

[...] la política social en la modernidad constituyó una política destinada a mediar las contradicciones entre igualdad política y desigualdad económico-social propia de la sociedad liberal, a través de una estrategia institucional redistributiva, basada en mecanismos de transferencia de la renta entre generaciones, en un sistema de solidaridad nacional. Esta estructura de derechos sociales articula un sistema de derechos y deberes universales constitutivos de la ciudadanía. En este sentido, la concepción original de las políticas sociales de protección se constituye en soporte de un proyecto democrático, de justicia redistributiva y social (Donzelot, 1994; Rosanvallon, 1995; Castel, 1995). (Ivo, 2004, p. 44) [-]

Para el Overseas Development Institute

[-] La política de Protección Social está íntimamente ligada al debate de cohesión social y exclusión social. Esto refleja una mirada en las ciencias sociales que enfatiza cómo la inclusión en una colectividad que provee ayuda y asistencia mutua es fundamental en la definición misma de sociedad. Desde una perspectiva distinta, se podría decir que cuando el Estado o la sociedad organizada pierden la capacidad de asistir a las necesidades de sus miembros en una situación de crisis sufre como consecuencia una crisis de legitimidad y a continuación un problema de gobernabilidad. (Norton, Conway y Foster, 2001) [-]

En línea con estas precisiones sobre la política social, se señaló:

[-] La primera conclusión que se deriva de la evidencia recopilada en este análisis, sobre los efectos del arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, es que al pasar el gasto social nuevamente por el tamiz del mercado, se reproduce el mecanismo de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando por tanto en buena parte el efecto redistributivo de las políticas sociales, necesario para lograr mayor cohesión social. (Martínez, 2013 p. 127) [-]

El director de la Cepal ya había anticipado con lucidez este preocupante efecto:

[-] [...] En economías con fuertes disparidades distributivas, el problema más importante es la tendencia natural que genera el mercado a que el sector privado oriente su oferta –en cantidad y especialmente en calidad– hacia los sectores de mayores ingresos. Este problema no se soluciona necesariamente con un esquema de

subsidios a la demanda y exige, por lo tanto, que el Estado diseñe instrumentos para aumentar la oferta dirigida a los sectores de bajos ingresos.

La respuesta privada puede ser, además, geográficamente desequilibrada: responde mejor en ciudades grandes, pero es insuficiente en pequeñas poblaciones o en el sector rural, donde –en razón de mínimas economías de escala– puede haber “monopolios naturales” en muchos servicios, en condiciones en las cuales además su provisión no es rentable.

[...]. Uno de los grandes desafíos de América Latina consiste en demostrar que el nuevo modelo de desarrollo es compatible con la corrección gradual de las grandes desigualdades sociales existentes. De no lograrse este objetivo, las bases políticas de las reformas –que han sido sólidas hasta ahora, en gran medida porque el retorno a la estabilidad macroeconómica ha sido visto como positivo por el conjunto de la población– podrían deteriorarse. Lo que es igualmente grave, tal vez se generarían tensiones sociales que podrían afectar la gobernabilidad y erosionar las bases de los consensos políticos que han permitido el fortalecimiento de la democracia en la región, sin duda otro de los grandes logros de los últimos años. (Ocampo, 1998, p. 6 ) [- carios párrafos]

Lo que parecía querer expresar en el documento el entonces director de la Cepal, cuando señaló que la respuesta privada puede ser geográficamente desequilibrada, o que dirigida a los estratos más pobres ha sido frustrante, es una condición inherente al funcionamiento del mercado, que, como señaló Óscar Rodríguez (2012), implica apropiación de excedentes económicos y concentración del ingreso.

[-] Podríamos señalar que el problema fundamental del Sistema, que lo tiene actualmente en crisis, parece ser justamente el hecho de que el gasto del Estado no llega a la población pobre y no se traduce en servicios de salud adecuados para estos,

sino que se concentra, se desvía y se aleja por el camino en buena proporción, por la presión de diversos intereses descritos en este “mercado”. En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución. (Martínez, 2013, p. 128) [-]

Según Óscar Rodríguez

[-] Las sociedades capitalistas inevitablemente generan inequidad, pues la propiedad sobre los medios de producción y la apropiación del excedente económico sustentan las inequidades. No obstante, la concentración del ingreso y las diferencias entre grupos sociales están asociadas a la trayectoria histórica de cada país, a su régimen de acumulación, su forma de Estado y su régimen político. (2012, p. 17) [-]

No se desprende de todo lo anterior una conclusión que llame a la estatización total de los servicios de salud. El problema no está en que el “mercado” participe en la provisión de los servicios de salud, así como en la provisión de toda clase de insumos y activos necesarios para esta. El problema está en que el “mercado” tome el control de la distribución de los recursos del sector salud, mientras el Estado se venda los ojos. El problema, en términos de Polanyi (1944), no es el sistema económico, pues este es una función esencial de la sociedad. El problema en el sector salud, como en el sector bancario, o en cualquier otro, son las tesis en boga sobre la capacidad de los mercados de autorregularse y las supuestas ventajas para la sociedad de dejar operar libremente al “mercado” bajo el supuesto de que, en virtud de la mano invisible, los agentes privados garantizarán siempre una asignación y distribución eficientes.

[-] Entre posiciones defensoras del “mercado” a nivel de fanatismo religioso y posiciones defensoras de la estatización como única salida, existe un enorme campo de posibilidades para arreglos institucionales que entreguen mejores servicios de

salud para los ciudadanos. Ello exige entender que no existe tal oposición entre Estado y mercado, sino una relación indisoluble. Según Stiglitz (2010), nos dirigimos, en general, a una postura más equilibrada, una que reconoce tanto el poder como las limitaciones de los mercados, así como la necesidad de que el gobierno desempeñe un papel visible en la economía.

El problema real del SGSSS es un arreglo institucional sui géneris basado en la premisa de que el “mercado” es capaz de garantizar las necesidades de la población en salud. Y cuando tal arreglo institucional llega al fracaso, como en el caso de los servicios de salud en Colombia, se pretenda que el problema obedece a “imperfecciones del mercado” o “pequeños problemas de regulación”, que por tanto pueden ser solucionados con pequeños ajustes.

La experiencia colombiana deja clara evidencia sobre la capacidad de tal arreglo institucional para desviar, presionar y concentrar los recursos asignados por capitación hacia los negocios que permiten mayor margen y, por cualquier medio, no siempre el más legal, al tiempo que se demuestra el abandono de las poblaciones pobres y los servicios básicos de baja rentabilidad. Es entonces, en los mismos términos de Polanyi (1944), que el mercado deja de servir a la sociedad y la sociedad comienza a supeditarse al mercado. (Martínez 2013, pp. 130-131) [-]

Y se afirmaba, en el mismo sentido, en otro trabajo:

[-] La tecnocracia que ha dirigido la economía del país en las últimas décadas, la misma que construyó y defiende el “particular mercado” creado en el sector salud, curiosamente es la misma que aplica restricciones severas a la tarifa, por razones fiscales, restricciones que impiden un funcionamiento adecuado de este “mercado”. Tan compleja ha resultado la disyuntiva, que finalmente ha mandado delegados a asumir el Ministerio de Salud y Protección Social

para tratar de compatibilizar las restricciones fiscales con el modelo de mercado. (Martínez, 2015, p. 24) [-]

En realidad, si se mira un poco más a fondo, se puede entender que la privatización es útil como mecanismo de gobernabilidad y control social (Castro-Gómez, 2010, p. 211). El Estado utiliza al sector privado a modo de “mercenario” de sus políticas sociales con bajo presupuesto, lo que le permite presumir de garantizar coberturas, al mismo tiempo que culpa a las entidades privadas delegatarias de los problemas de calidad de los servicios; de esta forma, evita asumir directamente su responsabilidad por los conflictos resultantes “en el momento de la verdad” de la prestación de los servicios.

El sistema de alimentación escolar es otro ejemplo dramático de este comportamiento del Estado. Los escándalos noticiosos mencionan permanentemente el robo de los recursos por parte de contratistas inescrupulosos (asociados siempre a grupos políticos), por culpa de quienes los niños reciban raciones nutricionalmente inaceptables y suministradas con pésimas condiciones de higiene. Sin embargo, nunca las noticias mencionan el valor real pagado por la ración y si los contratos incluyen o no toda la infraestructura y los recursos necesarios para brindar un servicio de alimentación adecuado. Dos billones de pesos anuncia el Gobierno para alimentar a 5.600.000 niños en 2019, lo que quiere decir cerca de 360.000 pesos anuales (120 dólares aproximadamente), que, divididos por 200 días al año, equivalen a una ración diaria de 1800 pesos (60 centavos de dólar).

Nuevamente, es preciso señalar que no se pretende defender la estatización como única salida, menos mientras subsista un régimen político basado en empresas políticas individuales que se autorreproducen repartiendo cargos y contratos del Estado. Algo así como la corrupción y el clientelismo institucionalizados. Este régimen político también condiciona el comportamiento descrito del “mercado” en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. “Dime qué mercado tienes y te diré qué Estado tienes y dime qué Estado tienes y te diré qué mercado tienes” (Martínez, 2013, p. 132).

Hábilmente los partidos políticos han evitado hacer política con P mayúscula; hábilmente han evitado pronunciarse en los períodos electorales haciendo pública su posición frente a la problemática del Sistema y, por lo tanto, comprometiéndose públicamente, bien sea con el *statu quo*, o bien sea con propuestas de cambio. La desresponsabilización de los partidos políticos hace formular hoy una sola pregunta: ¿Hasta cuándo tendrán que ser pacientes los colombianos y soportar esta crisis del SGSSS: diez años, veinte años, treinta años más? O se les dice a los ciudadanos que no hay salida, ni presente ni futura, que el Sistema es una estructura rígida e inmodificable, que los partidos políticos no están interesados en el asunto y que simplemente deben conformarse y agradecer lo que buenamente se les otorga. La negación terca, incluso de otros arreglos institucionales posibles entre Estado y mercado (Fedesalud, 2015c).

## CONCLUSIONES [t1]

Para cerrar la reflexión inicial sobre el retorno del darwinismo social, es decir, el regreso de tesis políticas profundamente retrogradadas y clasistas disfrazadas de ciencia económica, en las últimas décadas del siglo pasado, basta citar a Max-Neef y Smith:

[ - ] Lo extraordinario en relación a la economía neoclásica del siglo XIX es que alcanzó su éxito definitivo en las postrimerías del siglo XX. Esto es sin duda sorprendente. Ya no tenemos una física del siglo XIX, ni una biología, una astronomía, una geología o una ingeniería decimonónicas. Todas las ciencias han demostrado una permanente evolución. La economía es la única disciplina según la cual los problemas del siglo XXI, supuestamente, deben ser interpretados, analizados y comprendidos utilizando teorías del siglo XIX. En un impulso necrológico, los economistas “ortodoxos” de hoy buscan orientación en un cementerio de hace 150 años, como si nada hubiese sucedido desde entonces [...]. (2011, p. 198) [ - ]

El mito fundamental del discurso neoliberal, de realizar una gestión con menos Estado y menos normas y regulaciones, no era más que una visión teleológica cargada de fundamentalismo político y, claro está, empujada por fuertes intereses del capital internacional.

Como afirma Alonso: “El neoliberalismo no ha retirado al Estado, ni ha desnormalizado o desregulado de manera propiamente dicha el funcionamiento del mercado, solo ha creado las normas necesarias para la ampliación de la rentabilidad de la economía privada” (2018, p. 153). Y agrega que esta privatización “no ha servido para eliminar la burocracia, sino para

disociar a esta de sus fines ideales [el servicio público] para dirigirla al servicio de los intereses privados [...]” (2018, p. 159).

Además, este autor sostiene que las normas mencionadas son

[...] Políticas de corte competitivo abiertas a las propuestas de los agentes “emprendedores” en búsqueda de rentabilidad financiera privada a los que se traspasa recursos públicos en una lógica de servicio absolutamente asimétrica, en la que las nuevas burocracias estatales se comportan como defensoras de los beneficios de los suministradores mercantiles, mientras disciplinan, recortan y minimizan las garantías de aquellos a los que está destinado el servicio. (Alonso, 2018, p. 151) [-]

Las reformas de final de siglo se dirigieron a modificar las instituciones a favor del “mercado”, bajo la suposición de que el crecimiento y desarrollo que generarían estos individuos y organizaciones al actuar con mucha más “libertad” devendría finalmente en mayores beneficios sociales. Transcurrido un cuarto de siglo de la creación del SGSSS, los colombianos son testigos de excepción de que los beneficios sociales prometidos se perdieron en la maraña institucional y regulatoria, de modo que el “particular mercado”, inventado desde el Estado, acabó muy alejado del estricto cumplimiento de normas y contratos, propio de otros mercados, para convertirse en un sistema de distribución de recursos públicos a través de empresas particulares, que asumen comportamientos francamente rentistas.

Puesto que en sociedades muy desiguales e injustas, como la colombiana, no se dan las condiciones para el funcionamiento *virtuoso* del capitalismo que señalara Weber (2003) (un estricto cumplimiento de normas y contratos, comportamiento basado en razones morales, que hace posible la eficiencia por los bajos costos de transacción), la privatización del servicio público, que dio lugar a sistemas intensivos en contratos, produjo, por el contrario, altísimos costos de transacción, múltiples oportunidades de ilegalidad, lucro poco ético o

delincuencia franca, es decir, el desconocimiento de la propiedad social de los recursos y la justificación de la apropiación de los bienes de un servicio público.

Finalmente, lo que demuestra esta privatización, esta crisis de la salud y esta deficiente y peligrosa regulación para los ciudadanos, es el déficit de democracia en nuestro país.

[...] Si democracia significa que la justicia social no sea reducida a la justicia del mercado, entonces la principal tarea de las políticas democráticas debe ser revertir la devastación institucional provocada por cuatro décadas de progreso neoliberal, y defender y reparar al máximo los restos de esas instituciones con cuya ayuda la justicia social podría ser capaz de modificar o incluso de reemplazar a la justicia del mercado. Solo en este contexto, dado que es el único que hace posible evitar ser engatusado por la *democratización* de instituciones que no tienen poder para decidir nada. En la actualidad, democratizar implica crear instituciones con las cuales sea posible volver a poner los mercados bajo control social: mercados de trabajo que dejen espacio para la vida social, mercados de bienes que no destruyan la naturaleza [...]. (Streck, 2016, p. 167) [...]

Y debería agregar: mercados de servicios que sirvan más a los ciudadanos de lo que se sirven a sí mismos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lugar de construir una sociedad más igualitaria, como pretendía la Constitución de 1991 y parcialmente la Ley 100 de 1993, progresivamente se acomodó en los 25 años transcurridos a las grandes desigualdades sociales, que el modelo económico refuerza e incluso profundiza. Sin embargo, es necesario aceptar que la crisis y el descrédito permanente por el maltrato a los ciudadanos hizo progresar enormemente el derecho a la salud, tanto el desarrollo de la norma constitucional por vía jurisprudencia, como su concreción en la ley estatutaria. El ser y el deber ser parece

que seguirán enfrentados duramente, dado que no se vislumbran opciones de reforma del sistema de salud en el horizonte próximo.

Entre tanto, el proyecto de universalidad que se vendió al país hace 25 años, con un SGSSS igual para todos los ciudadanos, es y seguirá siendo inalcanzable. En fin, el discurso de que los colombianos tienen iguales derechos (al menos ante el Sistema de Salud) no es ni será verdad mientras subsista tan intensa mercantilización. El resultado es el opuesto: mayor fragmentación social, aunque, es importante señalarlo, no tan extrema como en pensiones o riesgos laborales.

## Bibliografía

- Alonso, Enrique y Fernández, Carlos (2018). *Poder y sacrificio. Los nuevos discursos de la empresa*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Arango, Tatiana (2013, 26 de agosto). Colombia tiene la energía más cara de Suramérica. *La República*. Disponible en <https://www.larepublica.co/empresas/colombia-tiene-la-energia-mas-cara-de-suramerica-2052711>
- Arévalo, Décsi y Martínez, Félix (eds.) (2002). *¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado*. Colección La Seguridad Social en la encrucijada (tomo I). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.
- Babb, Sarah (2005). "Del nacionalismo al neoliberalismo: el ascenso de los nuevos *money doctors* en México", en Jairo Estrada (ed.), *Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bardey, David y Buitrago, Giancarlo (2017). *Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia*. Bogotá: CEDE, Universidad de los Andes.
- Barón, Gilberto (2007). *Cuentas Nacionales de Salud de Colombia 1993-2003. Programa de Apoyo a la Reforma (PARS)*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Departamento Nacional de Planeación.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2003). *Modernización del Estado* (documento de Estrategia, GN-2235-1). Washington, D. C.: BID.
- Broomberg, Jonathan (1994). *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience*. Londres: LSHTM.
- Bourdieu, Pierre (2003). *Las estructuras sociales de la economía*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (2014[1999]). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Boyer, Robert (2014). *Los mundos de la desigualdad. Un análisis a partir de la teoría de la regulación y una respuesta a Thomas Piketty*. Buenos Aires: Editorial Octubre.
- Cárdenas, Raúl y Restrepo, Darío (2002). "Políticas sociales en salud. Transformación de subsidios de oferta-demanda". En Óscar Rodríguez (dir.), *Los avatares del servicio de salud para*

- pobres*. Colección La Seguridad Social en la Encrucijada. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.
- Castel, Robert (1995) *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. París: Fayard.
- Castro-Gómez, Santiago (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michael Foucault*. Bogotá: Editorial Siglo del Hombre.
- Cendex y Universidad Javeriana (2008). *Carga de Enfermedad Colombia 2005: resultados alcanzados* (Documento técnico ASS/1502-08). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Chang, Ha-Joon (1997). "An Institutionalist perspective on the role of the State - Towards an Institutionalist Political Economy". En Leonardo Burlamaqui, Ana Celia Castro y Ha-Joon Chang (eds.), *Institutions and the Role of the State*. Cheltenham Glos (Reino Unido): Edward Elgar Publishing.
- Centro de Estudios en Desarrollo (CID) (2010). *Consideraciones para nuevos ordenamientos (ranking) de IPS. Ordenamiento (Ranking) de Entidades Promotoras De Salud – EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS*. Bogotá: Ministerio de Protección Social y Universidad Nacional.
- Congreso de la República (2007). *Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República.
- Contraloría General de la República (2012). El diagnóstico de la salud en Colombia. Desviación de recursos parafiscales: análisis desde precios de medicamentos y cobros. *Economía Colombiana*, 336, 53-70.
- Corte Constitucional (2012). *Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Cruz, Alba Lucía (2015). Bruno Latour y el estudio de lo social: construcción y actuación en red. *Revista Le Bret*, 7, 63-76.
- DANE (2016). *Encuesta de Calidad de Vida 2016*. Bogotá: DANE.
- De Groote, Tony; De Paepe, Pierre, y Unger, Jean-Pierre (2007). Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 106-117.
- Defensoría del Pueblo (2009). *La tutela y el derecho a la salud. 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

- Defensoría del Pueblo (2015). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2015*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Donzelot, Jacques (1994) *L'invention du social*. París: Fayard.
- Estrada, Jairo (2005). "Élites intelectuales y reformas estructurales en Colombia". En Jairo Estrada (ed.), *Intelectuales, Tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Fedesalud (2015a). *Respuesta al Auto 408 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional*. Disponible en <http://fedesalud.org/images/pdf/pronunciamentos/Respuestas%20FEDESALUD%20Corte%20Constitucional%20Feb2015.pdf>
- Fedesalud (2015b). *Respuestas Auto 47 de 2015 de la Corte Constitucional. Convocatoria a Sesión Técnica y Auto 48 de 2015*. Disponible en [www.Fedesalud.org/images/pdf/pronunciamentos/Respuesta%20FEDESALUD%20Auto%2047%20de%202015.pdf](http://www.Fedesalud.org/images/pdf/pronunciamentos/Respuesta%20FEDESALUD%20Auto%2047%20de%202015.pdf)
- Fedesalud (2015c). *Palabras presidente Fedesalud con motivo de la entrega del Premio Fedesalud a la Gestión Social en Salud 2015*. Disponible en [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/Comunicaciones/FEDESALUD\\_PalabrasPresidenteEntregaReconocimientoPrensa.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/Comunicaciones/FEDESALUD_PalabrasPresidenteEntregaReconocimientoPrensa.pdf)
- Fedesalud e Ifarma (2014). *Respuesta a los Interrogantes planteados por la Corte Constitucional en el Auto 278, referido al seguimiento de las Ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008*. Disponible en <http://fedesalud.org/images/pdf/pronunciamentos/Respuesta%20Corte%20Constitucional.pdf>
- Flórez, Carmen y Soto, Victoria (2007). *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: CEDE, Universidad de los Andes.
- Foucault, Michel (2007[1979]). *Nacimiento de la Biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, Erich (1941). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.
- Fukuyama, Francis (1992). *El fin de la historia y el último hombre*. Barcelona: Editorial Planeta-De Agostini.
- Gallardo, Álvaro (2004). Historia del pensamiento económico y progreso de la ciencia económica. Una perspectiva pluralista. *Cuadernos de Economía*, 23(41), 11-48.

- Gañán, Jaime (2013). *Los muertos de la Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC)* (tesis doctoral). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Giedion, Úrsula; Bitrán, Ricardo, y Tristao, Ignez (eds.) (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. Washington D. C.: BID
- Gimeno, Rebeca (2017, 12 de octubre). Le damos demasiada importancia al presente (y eso es un error): este Nobel explica por qué. *El País*. Disponible en [https://retina.elpais.com/retina/2017/10/10/tendencias/1507614115\\_739730.html](https://retina.elpais.com/retina/2017/10/10/tendencias/1507614115_739730.html)
- Gómez, Rubén Darío (2006). La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia. 1985-2001. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia*, 1, 3-54.
- González, Alejandra y Mogollón, O. (2002). La Reforma de Salud y su Componente Político: Un Análisis de Factibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 39-47.
- Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional (GPS) (2010). *Emergencia social para el lucro financiero. Carta abierta a la Corte Constitucional sobre los decretos de Emergencia Social*. Bogotá: GPS.
- Guerrero, Ómar (2004). *La nueva gerencia pública*. México D. F.: Fontana.
- Guerrero, Ómar (1999). *Del Estado gerencial al Estado cívico*. México D. F: Universidad Autónoma del Estado de México y Miguel Ángel Porrúa.
- Hayek, Friedrich von (1976 [1944] ). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza.
- Hayek, Friedrich von (1989 [1976]). El atavismo de la justicia social. *Estudios Públicos*, 36, 181-193. Disponible en [https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303183132/rev36\\_hayek.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303183132/rev36_hayek.pdf)
- Hobsbawm, Eric (1993). "Adiós a todo eso". En R. Blackburn (ed.), *Después de la caída* (pp. 124-136). Barcelona: Crítica.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2000). Situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia y propuesta organizativa. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*, 5(14), 227-234.
- Ivo, Anete (2004). A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. *São Paulo em Perspectiva*, 28(2).

- Ivo, Anete y Brito, Leal (2004). *La agudización del conflicto distributivo en la base: el nuevo tratamiento de la política social focalizada*. Buenos Aires: Clacso.
- Jaramillo, Iván (2002). “¿Por qué no fluyen los recursos del régimen subsidiado?”. En Décsi Arévalo y Félix Martínez (eds.), *¿Ha mejorado el acceso en salud?*. Colección La Seguridad Social en la encrucijada (tomo I). Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.
- Jordana, Jacint (2006). *Regulación y políticas sociales: las políticas de regulación social y la creación de mercados en los sectores sociales en América Latina* (Serie de Documentos de Trabajo I-63). Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Latour, Bruno y Lépinay, Vincent (2009). *La economía, ciencia de los intereses apasionados. Introducción a la antropología económica de Gabriel Tarde*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina* (Documento de trabajo 353). Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- López-Ruiz, Osvaldo Javier (2011). La “invención” del capital humano y la inversión en capital humano. *Revista GPT - Gestión de las personas y tecnología*, 13, 71-83.
- Martínez, Abel (2016). *La degeneración de la raza. La mayor controversia científica de la intelectualidad colombiana. Miguel Jiménez López 1913-1935*. Bogotá: Fedesalud.
- Martínez, Félix (2002). “Análisis de la contratación en el Régimen Subsidiado”. En Décsi Arévalo y Félix Martínez (eds.), *¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado*. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada (tomo I). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo.
- Martínez, Félix (2009) *GPS. Gobierno plantea reducir los planes de salud de todos los colombianos. Documento de coyuntura para difusión* (inédito). Bogotá: Universidad Nacional, Grupo de Protección Social.
- Martínez, Félix (2012). “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital”. En Darío Restrepo y Mario Hernández (eds.), *Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva*. Colección La seguridad Social en la Encrucijada (tomo VII). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo.

- Martínez, Félix (2013). "Colombia". En Gabriel Lee, Eduardo González, Osvaldo Artaza, Raúl Anaya y Begoña Sagastuy (eds.), *Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México, D. F.: OPS/OMS.
- Martínez, Félix (2015). *La regulación económica del sector salud. Entre la ilusión de un mercado y el control absoluto del Estado* (Documento Fedesalud). Disponible en [www.Fedesalud.org/wp-content/uploads/2015/10/La-regulacion-economica-del-sector-salud.pdf](http://www.Fedesalud.org/wp-content/uploads/2015/10/La-regulacion-economica-del-sector-salud.pdf)
- Martínez, Félix (2016). "Más mercado, menos equidad: Efectos de la privatización del Sistema de Salud de Colombia". En Nelson Ardón (comp.), *Memorias Congreso Internacional de Sistemas de Salud: Equidad, Calidad y Servicios de Salud*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Martínez, Félix (2017). "La Protección Social: bajo el velo de ignorancia". En Óscar Rodríguez (ed.), *La Protección Social bajo el reino del mercado*. Colección Estudios sobre Protección Social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez, Félix (2018) GPS. Sistema de salud: duro de reformar. Documento de coyuntura para difusión (inédito). Grupo de Protección Social. Universidad Nacional, disponible en <https://eldiariodesalud.com/opinion/sistema-de-salud-duro-de-reformar>
- Martínez, Félix; Aschner, Pablo; Sarmiento, Carlos; Robayo, Adriana; Ordóñez, Inés; López, César; Buendía, Richard, y Porras, Alexandra. (2011) *Calidad de atención de la diabetes tipo 2 y riesgo de nefropatía diabética*. Bogotá: Fedesalud y Asociación Colombiana de Diabetes.
- Martínez, Félix; Castro, Carlos Eduardo; Ordóñez, Inés Elvira; Valencia, Óscar, y Cuesta, Jenifer (2005). *El Sistema de Seguridad Social en Salud en la región pacífica colombiana. La problemática de la población dispersa*. Bogotá: Fedesalud.
- Martínez, Félix y García, Paola (2012). *Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Fedesalud.
- Martínez, Félix; Giraldo, César; García, Andrea; Rodríguez, Iván, y Barrios, Sandra Milena (dirs.) (2012). *Financiación y segmentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Martínez, María Isabel (2017). *Salarios en Colombia y sus determinantes históricos 1950-2000*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Max-Neff, Manfred y Smith, Philip (2011). *La economía desenmascarada*. Barcelona: Balcaria.

- Ministerio de Salud y Protección Social (2010). *Análisis de la situación de salud de Colombia 2002 – 2007*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”*. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Informe al Congreso 2014-2017*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Informe a la Corte Constitucional sobre cumplimiento de la Orden 30 de la sentencia T-760 de 2008*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Morelli, Sandra (2012). Reflexiones sobre el control en el sector salud. *Economía Colombiana*, 336, 111-114.
- Naciones Unidas (2007). Estrategias nacionales de desarrollo. Guías de orientación de políticas públicas. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2018). *Razones para seguirle la pista a la transformación del campo colombiano*. Disponible en <http://nacionesunidas.org.co/blog/2018/05/21/12-razones-para-seguirle-la-pista-a-la-transformacion-del-campo-colombiano/>
- Norton, Andy; Conway, Tim, y Foster, Mick (2001): *Social protection concepts and approaches. Implications for policy and practice in international development*. Londres: Centre for Aid and Públque Expenditure – Overseas Development Institute.
- Martínez, Sandra; Carrasquilla, Gabriel; Guerrero, Ramiro; Gómez-Dantes, Héctor; Castro, Victoria; Arreola-Orneolas, Héctor, y Bedregal, Paula (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los Sistemas de Salud. *Salud Pública de México*, 53(2), s78-s84.
- Ocampo, Jose Antonio (1988), Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. *Revista de la Cepal*, 65, 7-14.
- OCDE (2017). *Health at a Glance 2017. OECD Indicators*. Disponible en <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>
- Peñaloza, Enrique [citado como “Peñaloza y otros”] (2002). *Propuestas de ajuste a la política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Polanyi, Karl (2003 [1944]). *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo* (2.<sup>da</sup> ed.). México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Posada, Carlos, Escobar, José (2003) *Crecimiento económico y gasto público: una interpretación de las experiencias internacionales y del caso colombiano (1982-1999)* (borrador para comentarios). Bogotá: Banco de la República. Disponible en <http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/pdfs/borra258.pdf>
- Procuraduría General de la Nación (2008). *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*. Bogotá D. C.: Procuraduría General de la Nación. Disponible en <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf>
- Rawls, John (2003[1971]). *Teoría de la justicia*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2003). *Modernización del Estado. Documento de Estrategia* (BID, GN-2235-1). Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Restrepo, Darío (2017) *Fuentes doctrinarias y objetivos políticos de ajuste estructural en salud. 1970-2005*. en Óscar Rodríguez (ed.), *La Protección Social bajo el reino del mercado*. Colección Estudios sobre Protección Social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Restrepo, Jairo y Rodríguez, Sandra (2004). *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia* (Borradores del CIE n.º 11). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Restrepo Jairo (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 82-9.
- Restrepo, Jairo y Rojas, Kristian (2016). La génesis de la economía de la salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, 84 pp. 209-242.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (2017). Informe de segmento de cartera hospitalaria a diciembre de 2017. *Revista Hospitalaria*, 119, 32-47.
- Revista Semana* (2010, 4 de abril). Saldo en rojo. Disponible en <https://www.semana.com/economia/articulo/saldo-rojo/115076-3>
- Rodríguez, Óscar (dir.) (2007). “Avances y dificultades del Sistema de Salud para los pobres” En *¿Ha mejorado el acceso a la salud?: Evaluación de los procesos del régimen subsidiado*. Bogotá D. C.: Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez, Óscar (2012). “Prólogo”. En Félix Martínez y Paola García, *Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y Asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D. C.: Fedesalud.

- Rodrik, Dani (2011). *La paradoja de la globalización: la democracia y el futuro de la economía mundial*.  
Barcelona: Antonio Bosh.
- Rosanvallon, Pierre (1995). *La nouvelle question sociale. Répenser l'État providence*. París: Le Seuil.
- RTVE.es (2018, 5 de junio). Gobierno de Pedro Sánchez. Sánchez apuesta por una Sanidad Pública, universal y feminista con Carmen Montón al frente del Ministerio. Disponible en  
<http://www.rtve.es/noticias/20180605/sanchez-sanidad-publica-universal-feminista-carmen-monton-ministerio/1745420.shtml>
- Ruiz, Fernando (dir) (1999). *Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia*.  
Bogotá: Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.
- Fernando, Teana (2017). *Hacia la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe. Estudios de caso sobre medición de inequidades en salud. Caso Colombia*. Washington D. C.: Banco Mundial
- Schultz, Theodore (1961). *Investment in human capital*. American Economic Review, 51 (1), 1-17.
- Selowsky Marcelo (1979). *Who Benefits from Government Expenditure? A Case Study of Colombia*.  
Washington, D.C.: Oxford University Press.
- Sen, Amartya (2004). Elements of a theory of human rights. *Philosophy and Public Affairs*, 32(4), 315-429.
- Smith, Adam (2011 [1776]). *La riqueza de las Naciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sociedad Civil y Gran Junta Médica Nacional (2018). *Propuesta de política pública de salud para candidatos a la presidencia de la República* (documento público). Bogotá: Sociedad Civil y Gran Junta Médica Nacional.
- Spencer, Herbert (2009 [1866-67]). *The principles of biology*. Londres: Cornell University Library.
- Stiglitz, Joseph (2010). *Caída libre. Estados Unidos, el libre mercado y el hundimiento de la economía mundial*. Barcelona: Taurus.
- Streck, Wolfgang (2016). *Comprando Tiempo. La crisis pospuesta del capitalismo democrático*.  
Buenos Aires: Katz Editores.
- Tarde, Gabriel (1902). *Psychologie économique*. Disponible en  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde\\_gabriel/psycho\\_economique\\_t1/psycho\\_economique\\_t1.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde_gabriel/psycho_economique_t1/psycho_economique_t1.pdf)
- Universidad Nacional de Colombia (2011). *Informe del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Vergara, Jorge (2005). La concepción de Hayek del Estado de derecho y la crítica de Hinkelammert. *Polis* [en línea]. Disponible en <http://journals.openedition.org/polis/7519>
- Vivares, Ernesto (2013). *Financing regional growth and the Inter-American development bank: The case of Argentina*. Abingdon, Oxon: Routledge Studies in Development Economics.
- Weber, Max (2003 [1905]). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. D. F: Fondo de Cultura Económica.
- Zurbriggen, Cristina (2005). *Estado, empresarios y redes rentistas durante el proceso sustitutivo de importaciones en Uruguay* (tesis de doctorado). Eberhard Karls Universität Tübingen.