

De la caridad a la asistencia estatal y luego al mercado: formalización y mercantilización del sistema de salud en Colombia

Alexander Quintero Bonilla¹

Presidente de la Academia Huilense de Historia

Resumen

El presente artículo identifica y describe la evolución del sistema de salud en Colombia. Trata de brindar respuesta a las preguntas de cómo, por qué, cuándo y cuales factores se convirtieron en causas eficientes para la transformación de la salud en una oportunidad de mercado. Con la ayuda de fuentes primarias, en especial, la prensa y normas legales, sumados a fuentes secundarias, se esboza la manera como se transformó la noción de salud, amparada inicialmente en la actitud solidaria por el sufrimiento ajeno, hacia una opción de mercancía.



Palabras clave: *Sistema de salud en Colombia, mercado de la salud, salud.*

¹ Alexander Quintero Bonilla es Administrador de Empresas, Especialista en Alta Gerencia (Universidad Surcolombiana); Magister en Ciencias de la Organización (Univalle), Magister en Historia (Universidad Nacional de Colombia); PH.D.(c) en Administración (Universidad Eafit). En la actualidad, se desempeña como Vicerrector Administrativo de la Universidad Surcolombiana, Profesor Titular de la Universidad Surcolombiana, Coordinador de la Línea de Investigación en Historia Empresarial y Presidente de la Academia Huilense de Historia. Gerente de Equipo AS Ltda., y socio gestor del Gimnasio Infantil Mi Alegría de Vivir.

Los albores de la salud en Colombia

Una de las novedades que encontraron los conquistadores en el continente americano, en medio de las comunidades nativas, fue la presencia de chamanes, quienes desempeñaban las actividades de curación de enfermedades y rituales religiosos. La combinación de hierbas medicinales, materiales orgánicos, conjuros y rezos, conformaban la práctica de la cura aborígen. Mientras tanto, la medicina ejercida por los galenos europeos, consistente en la curación mediante dietas, prácticas higiénicas y medicamentos, se hallaba en los albores de un ejercicio científico, estimulada además por los avances en el campo de la cirugía. De hecho, entre los siglos XV y XVI, los nosocomios y hospitales se popularizaron en el viejo continente.

En Europa, a finales de la edad Antigua, las comunidades religiosas cristianas, a través de sus obispos y sacerdotes, se encargaban del cuidado de los pobres, fuesen personas sanas o enfermas. También cuidaban de las viudas, huérfanos y peregrinos. Esta situación propició el surgimiento de diversos lugares benéficos para la atención de tan diversa población, tales como casas para niños expósitos y nosocomios o casas para el cuidado de enfermos. Con el tiempo, ante la disminución de las rentas eclesiásticas, surgieron establecimientos laicos en los que el clero no tendría más que el derecho de visita.

La conquista europea trajo al nuevo mundo la idea del médico y del hospital como instancias para curar la enfermedad. Al parecer, el primer hospital instalado en el territorio de lo que sería Colombia se erigió en Santa María Antigua del Darién en el año 1513. Con los conquistadores, de la mano de las comunidades religiosas, llegó también la educación con una visión cristiana. El primer claustro universitario que enseñó medicina fue la universidad Santo Tomas de Aquino, cuyas actividades iniciaron en 1580. También se dictaron lecciones de medicina en la Universidad Javeriana y en el colegio de San Bartolomé en 1622. El Colegio del Rosario, fundado en 1653, contó con la escuela médica iniciada por el sabio José Celestino Mutis. La Universidad Agustiniana sería fundada en 1694. Constituida la República se fundaron en el siglo XIX: la Universidad Central en 1826, la Universidad Nacional en 1867 y la Universidad de Antioquia en 1871. Las tres instituciones promovieron las escuelas de medicina. Los intentos de

difundir las prácticas médicas en el país se vieron obstruidos, en ocasiones, por la falta de profesores idóneos y por el modesto prestigio de la profesión médica (Fajardo, 1994).

A finales del siglo XIX se fundaron la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales (1873) y la Academia Nacional de Medicina (1891). Simultáneamente, se formaba una comunidad científica en el campo de la medicina e ingresaba al país la doctrina fisiopatológica, la cual consideraba la enfermedad como una alteración funcional previa a la lesión anatómica, y la etiopatológica que consideraba la enfermedad como el estado producido por un agente externo vivo de carácter químico o físico. Ambos enfoques confluyeron en el ejercicio de la medicina de laboratorio. Estos acontecimientos se convertirían en hitos para la medicina en Colombia (Fajardo, 1994).

Con inspiración en un modelo en salud sustentado en la caridad y estructurado sobre comunidades religiosas, hasta bien adentrado el siglo XX la gestión de los hospitales públicos estuvo a cargo de comunidades religiosas católicas, entre las que cabe destacar las siguientes: la orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, quienes se encargaron de varios hospitales durante la Colonia y en la actualidad lo hacen del hospital San Rafael de Bogotá, las Hermanas de la Presentación y los padres Camilos de la Buena Muerte del hospital San Vicente en Medellín y los Jesuitas del hospital San Ignacio en Bogotá (Fajardo, 1994)

Los albores de la salud en Neiva

A finales del siglo XIX el distrito de Neiva albergaba 8.332 habitantes². Aún no se conocía el servicio público de acueducto ni de alcantarillado. La traza de la ciudad se ajustaba a las normas urbanas fijadas desde la Colonia a través de ordenanzas, capitulaciones y cédulas reales.

Con la expedición de Pedrarias Dávila en 1514, se aplicaron las primeras normas urbanas en el territorio: *“La plaza grande mirando al*

2 Registro Oficial número 32, página 126, 1885.

crecimiento de la población...que no sea menor de doscientos pies de ancho y trescientos de largo". El trazado resultante, dictaminado desde 1523 por el rey Felipe II, establecía que *"comenzando desde la plaza mayor y sacando desde ella las calles"* empezaba la cuadrícula que serviría de esquema para la extensión de la ciudad en todas las direcciones (Quintero y Centeno, 2005)



Figura 1. Plaza Mayor de Neiva en el siglo XIX, hoy parque Santander.

Fuente: Archivo histórico fotográfico, Academia Huilense de Historia

La traza de la ciudad, similar a las ciudades hispanoamericanas, era bastante simple. Se trataba de la aplicación de la retícula, formada por las calles paralelas que cruzan en ángulo recto. La calle era una banda longitudinal de una anchura determinada de alrededor de seis metros. Los cruces de las otras calles perpendiculares a ella estaban a una distancia variable, según las ciudades y las particularidades de los terrenos, la distancia más frecuente era de 100 varas. El conjunto de estas bandas longitudinales formaba el espacio público, y la plaza mayor era su núcleo fundamental. El espacio que quedaba entre ellas era el espacio privado, dividido en manzanas. Bajo este modelo, la plaza mayor era el elemento fundamental que estructuraba el espacio urbano, simbólico y vital de la ciudad.

Fuente: Archivo histórico fotográfico. Academia Huilense de Historia

Desde 1890, Neiva contó con servicio de acueducto prestado por una pila pública ubicada en la plaza mayor. La luz eléctrica no llegaría a la ciudad hasta inicios del siglo XX. A juzgar por la manera como el acontecimiento era registrado por la prensa local, la energía eléctrica no era una necesidad sentida por el grueso de la población a finales del siglo XIX.

[illegible][illegible]

Fuente: La Estrella del Tolima, número 42, de 1883.

La Sociedad de Beneficencia y Caridad, fundada en 1855 por el presbítero Félix Ávila Valdés, prestaba atención a los pobres y más necesitados. Hacia finales del siglo XIX fueron encausados los dineros de dicha sociedad, más de 6 mil pesos que se encontraban en el banco de Neiva, para la creación, dotación y apoyo del Hospital San Miguel (Quintero y Centeno, 2005), institución que estuvo a cargo de dos Hermanas de la Caridad y funcionó desde 1888 hasta finales de la década de 1970 en el lote donado por Luisa Durán Alvira, ubicado en la carrera segunda entre calles octava y novena, sitio en el que funciona hoy en día el conocido Centro Comercial Los Comuneros (Cabildo, 1963).



Figura 4. Fachada principal del viejo caserón de propiedad de la Sociedad de Beneficencia y Caridad, el que sirvió de sede al antiguo Hospital San Miguel.

Fuente: *Diario del Huila*, febrero 2 de 1978.

Los primeros años de funcionamiento del hospital San Miguel transcurrieron en medio de serias dificultades, no solo en el aspecto económico sino debido a la insuficiencia de personal para la asistencia, especialmente durante la Guerra de los Mil días y los años siguientes. Párrocos y damas neivanas, desde la Sociedad de Beneficencia y Caridad prestaban invaluable servicios. Se destacaron por su dedicación y aporte Rosalía Charry de Leiva, Manuela Herrera de

Uribe, Pilar Buendía de Durán, Adelaida Arciniegas de Cuéllar, Isidra Salas de Rivera y Secundina Viatela de Charry. Prestó también valiosos servicios, en las primeras décadas del siglo XX, el médico y cirujano Luís Felipe Cabrera García. A él se sumaron posteriormente otros galenos como Max Duque Gómez, quien edificó a sus expensas la sala de cirugía, Delfín Borrero Durán, Rafael Luque Guevara, Luís Eduardo Vanegas y Miguel Barreto López. Se contó también con el aporte que por más de más diez años hiciera el joven pedagogo Gilberto Vargas Motta.



Figura 5. Puerta de Urgencias del Hospital San Miguel
Fuente: *Diario del Huila*, marzo 23 de 1980.

De la caridad en salud a un modelo asistencial ofertado por el Estado

La práctica de la higiene pública norteamericana, a comienzos del siglo XX, se veía influenciada por las concepciones europeas, las cuales nutriéndose de la aparición de la medicina de laboratorio, a finales del siglo XIX, definieron el nacimiento de una nueva epidemiología que desplazó la antigua idea de higiene. Tal situación relegó a los Estados Unidos del centro y liderazgo en materia de salud, haciendo necesario el desarrollo de nuevas actividades sanitarias. Así, en 1906, Estados Unidos propuso un nuevo concepto de salud pública que integraba las versiones inglesa, de administración en salud, y alemana, de investigación de laboratorio en el campo de las enfermedades infectocontagiosas, permitiendo potenciar el desarrollo del concepto de campaña sanitaria de erradicación, lo que posibilitó una nueva forma de intervención sobre las condiciones de salubridad y sobre las enfermedades epidémicas infecciosas (Quevedo, 1996).

En el plano local, la salud en Colombia a inicios del siglo XX se nutrió, no solo de estas nuevas ideas y conceptos sobre la higiene, sino de las nacientes circunstancias de orden económico y político establecidas por los Estados Unidos, lo que a la postre insertaría a Colombia en una serie de nuevas exigencias en materia de salud que debería cumplir, en aras de mantener e impulsar su situación productiva y comercial.

Así, el giro que tomó el Estado colombiano durante el siglo XX en el proceso de comprensión y estructuración de la salud en el país, surge de la confluencia de eventos y circunstancias internacionales que venían gestándose desde finales del siglo XIX y comienzos del XX, tales como: a) el desarrollo del comercio internacional y el papel protagónico de los Estados Unidos en América Latina b) la creación de fundaciones filantrópicas norteamericanas, como la fundación Rockefeller, que participó en campañas contra la uncinariasis llevadas a cabo en Colombia c) la constitución y consolidación de la Oficina Sanitaria Internacional en 1902 (conocida en 1923 como Oficina Sanitaria Panamericana y a partir de 1958 como Organización Panamericana de la Salud, OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) creada en 1948 y d) el desarrollo de una nueva manera de entender los conceptos de salud pública, higiene personal, saneamiento

ambiental, control de enfermedades prevenibles, organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo (Quevedo, 1996).

La Oficina Sanitaria Internacional dirigió sus esfuerzos, junto a instituciones filantrópicas y organismos de salud norteamericanos a lo largo del siglo XX, a la generación de mecanismos que impulsarán la constitución de organizaciones nacionales sanitarias destinadas a actividades de sanidad portuaria y acciones territoriales contra las principales enfermedades epidémicas y endémicas, así como la imposición de medidas sanitarias. Obviamente, estas labores se financiaron con préstamos externos. Bajo el amparo de la OPS y organismos internacionales se gestó en el país un esquema institucional que inició en 1886 con las Juntas de Higiene, continuó en 1913 con el Consejo Superior de Sanidad y la Junta Central de Higiene en 1914, esta última se convirtió en 1918 en la Dirección Nacional de Higiene, la cual fue reorganizada en 1923, integrando en 1925 el Nuevo Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública (Quevedo 1996).

En 1936, con la reforma a la Constitución Política de 1886, se empezó a hablar de asistencia pública. Finalmente apareció en 1938 el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, del que se desprenderá en 1946 el Ministerio de Higiene, creado mediante Ley 27 de 1946. La salud pública, entonces, afrontó un proceso de institucionalización al convertirse en un deber del Estado, por lo cual se creó mediante Decreto 984 de 1953 el Ministerio de Salud Pública, a la vez que se dispusieron medidas sanitarias internas para evitar enfermedades en la población, y a su vez, se inició el saneamiento en los puertos y las regiones continentales cercanas al mar como medidas para no quedar por fuera de los procesos del mercado internacional. Razones éstas que llevaron a constituir, por Decreto 654 del 10 de abril de 1974, el Sistema Nacional de Salud (SNS), definido como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos de promoción, protección, recuperación, y rehabilitación, conformado por tres subsectores: oficial y mixto, seguridad social y privado.

Neiva, la capital del departamento del Huila, contaba a inicios del siglo XX con un poco más de 20.000 habitantes. La dinámica de la población comportó un ascenso, de tal suerte que a mediados del siglo el número de habitantes se había duplicado. No obstante, es a finales de la década de los cincuenta y en particular de los sesenta, cuando la ciudad sufre grandes cambios demográficos al albergar un poco más de 200 mil pobladores, según el censo de población de 1964.

Tabla 1. Cuadro comparativo de la población de Neiva

	1912	1918	1928	1938	1943	1949
Neiva	21.852	25.185	29.988	34.294	41.536	44.750
Huila	158.191	183.347	207.031	216.676	227.640	237.820
Colombia	5.072.604	5.955.077	7.851.000	8.701.810	9.807.402	11.015.150

Fuente: Censos del Dane

Transcurridas tres décadas del siglo XX la ciudad se seguía sirviendo de una pila de bronce instalada en el parque central, acompañada de 2 pilas menores y 8 hidrantes, lo cual era administrado por una empresa municipal. El ritmo de vida de los habitantes del Departamento era

determinado por la vocación agropecuaria, en especial la ganadería. El cultivo del arroz y el servicio de transporte automotor se avisoraban como dos formas modernas de producción con el uso de la técnica. La minería seguía en ascenso desde finales del siglo XIX, época para la cual se advirtió un inusitado descubrimiento de minas.



Figura 6. Primera pila pública ubicada en la plaza Mayor, hoy parque Santander, en 1890.

Fuente: Archivo histórico fotográfico, Academia Huilense de Historia

La Ordenanza 11 de 1912 reglamentó la beneficencia en el Departamento, creó la Junta de Sanidad, compuesta por el Secretario de Gobierno, el Médico Oficial, el Presidente del Concejo Municipal, el Cura Párroco y un vecino nombrado por la Gobernación. La principal función de la Junta era administrar el Hospital de Caridad de Neiva y reglamentar el funcionamiento de otros que existían en algunos municipios. Estos establecimientos se financiaban con la caridad pública y la munificencia del erario departamental y nacional. El monto aportado por la Beneficencia del Departamento para la asistencia de los hospitales y asilo de niños indigentes ascendió a \$6.120 en el año 1919.

En los años 20 se inició la construcción de algunas carreteras en el Huila. En 1923 existían apenas 30 kms construidos y 15 en proceso de construcción. Para 1930 las carreteras existentes ascendían aproximadamente a 292 kms. Ya en 1936 el Departamento estaba cruzado en todas las direcciones por una red de vías de comunicación, en lo general carreteables y de herradura, algunas de las cuales se transitar algunas en vehículos y otras a caballo (Quintero y Trilleras, 2011)



Figura 7. Edificio de la Gobernación del Departamento o palacio de las 56 ventanas
Fuente: Archivo histórico fotográfico, Academia Huilense de Historia

En 1961, cuando la ciudad albergaba 81.280 habitantes, el Ministerio de Salud y la Dirección Departamental de Salud optaron por crear el Centro de Salud Piloto de Neiva. El mencionado centro funcionó en las antiguas edificaciones denominadas “Sendas” ubicadas en el barrio Calixto Leyva, como una entidad preventiva y asistencial. Para su constitución, la nación aportó 150 mil pesos y el municipio 60 mil (Cabildo, 1963).



Figura 8. Pasillos y consultorio infantil del Centro de Salud Piloto.
Fuente: Cabildo. Órgano de la Asociación Colombiana de Municipalidades. 1963

La primera dirección del mencionado centro de salud estuvo a cargo de la doctora Matilde Pérez Ramírez, médica especializada en salud pública. El centro de salud ofrecía servicios de medicina pediátrica, a cargo del doctor Enrique Álvarez Tamayo; consulta prenatal, postparto y epidemiológica, a cargo del doctor Alvaro Ramírez Rojas; saneamiento, a cargo del señor Joaquín Murcia; así como servicios de odontología, droguería y vacunación. Se prestó, igualmente, el servicio de salacuna,

el que además del cuidado de niños de 2 a 5 años, brindaba nutrición infantil y ayuda alimentaria, la cual se realizaba en coordinación con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

Luís Felipe Cabrera, como médico del hospital San Miguel, gestionó con el municipio de Neiva la cesión del lote de terreno denominado “Los Chircales”, en el llano de Avichenti, lindando con el arroyo de La Toma y la carrilera. El citado lote tenía como destino la construcción del nuevo Hospital “San Miguel”. La cesión se autorizó mediante Acuerdo número 17 de 1939 expedido por el Concejo de la ciudad y se protocolizó mediante escritura pública número 190 de septiembre 6 de 1940.

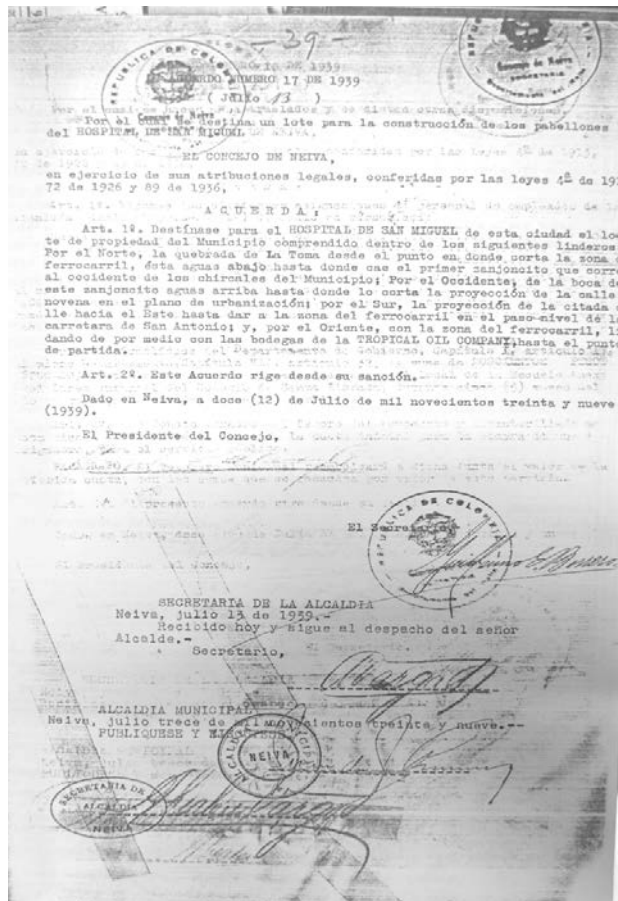


Figura 9. Acuerdo municipal número 17 de 1939.
Fuente: Concejo de Neiva, archivo histórico.

La construcción de lo que sería el Hospital General de Neiva fue adjudicada 13 años después de cedido el lote, es decir en 1953, a la firma Leonte Rojas y Cía, gracias a las gestiones adelantadas por el distinguido huilense Rafael Azuero Manchola, quien ocupara para la fecha el Ministerio de Gobierno. La primera partida para el inicio de obras se tasó en \$500.000. Sin embargo, la ejecución se vió afectada al punto de que se paralizaron las obras con el golpe de estado efectuado por el General Rojas Pinilla el 13 de junio de 1953 y el subsecuente cambio de régimen. Las obras se reiniciaron el 31 de julio de 1958. En octubre de 1975 inició operaciones el hospital con el servicio de consulta externa, en tanto que los servicios de urgencias y hospitalización comenzaron en enero de 1976.



Figura 10. Hospital General de Neiva, hoy en día Hospital Universitario Hernando Moncaleano P.

Fuente: Comfamiliar del Huila, informe de gestión 2004.

La transformación del sistema de salud colombiano a finales del siglo XX

El final del siglo XX, en particular la década de los noventa, trajo consigo una serie de imposiciones económicas y políticas que transformarían al Estado colombiano. Tales medidas fueron promulgadas desde los Estados Unidos por entidades como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro, y se conocieron como el Consenso de Washington. Aunque se trataba de recomendaciones políticas para la recuperación económica de los países latinoamericanos, afectados por las crisis económicas y financieras de los años ochenta, se adoptaron como una receta de tipo impositivo en Colombia y otros países.

El Consenso de Washington, como originariamente lo llamó el economista Williamson, incluía: a) disciplina en la política fiscal para evitar grandes déficits b) redireccionamiento del gasto público de subsidios hacia una mayor inversión en aspectos estratégicos del desarrollo social y productivo c) ampliación de la base tributaria y adopción de impuestos marginales moderados d) tasas de interés determinadas por el mercado e) tipos de cambio competitivos y f) liberación del comercio eliminando restricciones a las importaciones. A estos se sumaron otros cuatro elementos más: a) liberación de barreras a la inversión extranjera directa; b) privatización de las empresas estatales c) abolición de regulaciones que impedían el acceso al mercado o restringían la competencia; y d) seguridad jurídica para los derechos de propiedad; los cuales conformaron la base para la llegada de capitales extranjeros y, por tanto, la participación de la empresa privada en nuevos negocios (Stiglitz, 2010).

De esta manera, el siglo XX finalizó con nuevas ideas de orden económico y político que marcarían el devenir del país, inmerso en una profunda transformación de su Estado y sociedad, así como el florecimiento de la globalización. La presión financiera sobre los controles estatales fue intensa. El sector terciario de la economía, representado por los servicios, en especial de las telecomunicaciones y el sector financiero, se convirtió en el propulsor de la economía global. Fuertes críticas a los llamados Estados de Bienestar se registraron desde visiones ultra liberales a inicios de la época. Colombia, por

su parte, venía experimentando desde la década de los ochenta una de las peores crisis económicas. Al problema de la guerrilla y el narcotráfico se sumó la caída de los precios del café, el deterioro progresivo de la balanza comercial y la crisis financiera. Todo esto condujo a una etapa de profunda incertidumbre.

Precisamente, es a partir de esta década en la que inicia el proceso de reforma del Estado mediante la descentralización política, administrativa y fiscal. Un proceso complejo que incidió en la transformación del sistema de salud. A esto se sumó el cambio en el liderazgo internacional de las políticas sociales y de salud asumido por el Banco Mundial. En efecto, el Banco Mundial presentó la “Agenda para la reforma del financiamiento de los servicios de salud” en 1987, documento e ideas que se incorporaron en los escenarios de debate nacional, propiciando las llamadas “reformas sanitarias” en los sistemas de salud de varios países (Noy, 2013).

En el país, a partir de un préstamo otorgado por el Banco Mundial, el gobierno del presidente Virgilio Barco (1986-1990) destinó una parte de los recursos a la realización de un proyecto denominado “Consolidación del sistema nacional de salud”, con el cual se elaboraron documentos que sirvieron de base al proyecto de ley que el gobierno presentó al Congreso para la modernización del Sistema Nacional de Salud (SNS), orientado hacia la descentralización y la integración funcional. De igual manera, se llevó a cabo el Estudio Sectorial de Salud, el cual presentó un diagnóstico crítico de los aspectos centrales de la salud en Colombia. Con estos insumos se promulgó la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, el cual se orientó a la descentralización de los servicios de salud a cargo del Estado hacia los departamentos y municipios, entendiendo a la salud, a su vez, como un proceso de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Los economistas de la salud, ubicados en las agencias financieras multilaterales como el BM y el FMI, comenzaron a tener más incidencia en el diseño de las reformas sanitarias que los salubristas y planificadores de los organismos tradicionalmente encargados de estos asuntos, como OPS, OMS, UNESCO y UNICEF. Este cambio tuvo fuertes implicaciones en el proceso de reforma de los

sistemas de salud en América Latina y, puede decirse en todo el mundo (OPS, 2002).

La Constitución Política de 1991 se convirtió en el documento que condensó las transformaciones y cambios promovidos desde las últimas décadas del siglo XX, con las cuales el Estado y la sociedad civil colombiana ingresaron al siglo XXI. En cuanto a la salud, la nueva carta constitucional conllevó al tránsito de un modelo de organización sanitaria al amparo de un Estado interventor, hacia un sistema de aseguramiento universal, inmerso en el poder ordenador del mercado. De allí que, los cambios acogidos en el sistema de salud colombiano se caracterizarán, a partir de los noventa, por las nuevas reglas de los mercados de capitales, la reducción del papel del Estado y la generación de gobernabilidad política que garantice el funcionamiento y reproducción del capital privado.

Superado un intenso debate legislativo en el Congreso de la República, desarrollado entre finales de 1992 y 1993, se promulgó la Ley 100 de 1993. A partir de esta ley, se edificó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- el cual se caracterizará por ser un sistema de salud que opera sobre la base de la competencia regulada, mezclando lo público y lo privado, cuyo principal financiamiento será el régimen contributivo y los recursos fiscales. El primero, a partir de las cotizaciones de empleados y empleadores, y el segundo, por medio de impuestos generales. En consecuencia, tal transformación generó múltiples y fuertes traumatismos en la lógica, directrices y accionar de los actores sociales y la base institucional del sector salud.

fue necesario liquidar la mayoría de las más de 1.000 cajas de previsión social que antes administraban la seguridad social; muchas EPS ineficientes, especialmente en el Régimen Subsidiado, quebraron o fueron liquidadas; algunos de los hospitales más grandes y tradicionales del país, de origen público o solidario, también quebraron debido a problemas de eficiencia y calidad; y una fracción importante del gasto social, en general, se fugó como consecuencia de la corrupción rampante que la descentralización generó en muchos gobiernos locales (Céspedes, Jaramillo y Castaño, 2002).

Entonces, al menos, tres grandes etapas se han configurado en el desarrollo de la salud pública en Colombia a partir de los noventa: la primera comprende desde la aprobación de las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 y la implementación del SGSSS; la segunda inicia con la Ley 715 de 2001 que reordena la distribución de recursos entre la Nación y los municipios “acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema General de Participaciones”; y la tercera fase que inició en el año 2007 con la reforma parcial de la Ley 100, por medio de la Ley 1122 de 2007 y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública –PNSP (Decreto de 2007). De esta manera, el concepto asistencialista de caridad cambió con el derecho a la salud, pero también con la privatización del sistema, que pasó al sector asegurador, con pérdida de la autonomía y del profesionalismo médico.

Referencias

- Cabildo (1963). Órgano de la Asociación Colombiana de Municipalidades.
- Céspedes-Londoño, J. E., Jaramillo-Pérez, I., & Castaño-Yepes, R. A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de saúde pública*, 18, 1003-1024.
- Fajardo, H.A. (1994). Breve historia del Hospital San Juan de Dios y la educación médica en la Universidad Nacional de Colombia, en: *Historia de la medicina, revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 1994-Vol. 42 N~3 (pags. 166-169).
- Noy, S. (2013). Las políticas de salud del Banco Mundial. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 4(142).
- OPS. (2002). *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002*. Disponible en <http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/297-sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia>
- Quevedo, E. (1996). *¿Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. Recuperado de www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/916

Quintero, A., & Centeno, R. (2007). *Hacendados, Comerciantes y negociantes de Neiva a finales del siglo XIX*. Editorial Universidad Surcolombiana.

Quintero, A. y Trilleras A. (2011). Coomotor, medio siglo impulsando el desarrollo de Colombia.

Roca, A. (S.F.) *Síntesis Histórica de la Medicina en Colombia*. Recuperado de <http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/297-sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia>

Ruiz, M. (2011). *La Higiene en la niñez Colombiana a principios del siglo XX: análisis a partir de la obra "higiene escolar y edificios para escuelas" de Alberto Borda Tanco*. Revista virtual de investigación en historia, arte y humanidades. Año 2011 Vol1-Nº2, Marzo Junio

Stiglitz, J. E. (2010). *El malestar en la globalización*. Taurus.

